VERS UNE STRATÉGIE RÉGIONALE

D'INTÉGRATION DES SERVICES EN MATIÈRE

DE LUTTE CONTRE LE CANCER

BILAN DES ACTIVITÉS ET DES SERVICES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN MONTÉRÉGIE

AVRIL 2002

AMENDÉ EN AOÛT 2003

Auteurs
Johanne Fournier
Christine Bertrand
Céline Farley
Jean-Yves Gendron

Secrétariat
Monique Godbout

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable des publications
Nathalie Hudon

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à:
Centre de documentation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) **: 16-2003-027**

Dépôt légal
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISBN : 2-89342-274-8

106-04562/

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont collaboré à la production du bilan régional des activités et des services déployés en regard de la lutte contre le cancer.

Un merci particulier est adressé aux intervenants, médecins et gestionnaires des établissements et organismes de la Montérégie qui se sont rendus disponibles et qui ont généreusement collaboré à notre démarche de collecte d'informations.

Enfin, nous soulignons la contribution très appréciée de professionnels et de médecins de la Direction de santé publique et de la Direction de la première ligne et de la réadaptation qui ont travaillé de près au contenu du présent document et à la validation de l'information.

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

En octobre 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait son programme national de lutte contre le cancer, introduisant ainsi une perspective d'ensemble sur les différentes mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer de même que mieux soutenir les personnes atteintes et leurs proches. Ce programme invitait chacune des régions sociosanitaires à développer un réseau intégré de lutte contre le cancer qui s'appuierait sur un travail interdisciplinaire et qui garantirait l'accès à des services de qualité à l'ensemble de la population.

Depuis le dépôt du programme national, plusieurs actions ont été menées en Montérégie pour accentuer l'intégration des soins et services en oncologie. Des mesures structurelles ont été développées dans le cadre de la mise en place du Réseau Cancer Montérégie. De plus, la nomination, dans chacun des centres hospitaliers, d'intervenantes pivot en oncologie a permis d'assurer une meilleure prise en charge des personnes atteintes.

Le développement d'un réseau intégré de lutte contre le cancer en Montérégie doit pouvoir prendre appui sur les besoins de la population et les ressources disponibles ou nécessaires pour y répondre. En ce sens, l'élaboration d'un portrait général du phénomène du cancer en Montérégie s'est révelée un élément incontournable de la planification des services en oncologie ainsi qu'un préalable à la préparation d'un plan d'action régional dont le dépôt au Ministère est prévu au printemps 2004.

Aussi, « *Le bilan des activités et des services en matière de lutte contre le cancer en Montérégie* » fait état de la situation de la problématique du cancer dans la région, tant du point de vue des besoins de la population que de celui des actions déployées pour les satisfaire. Le profil épidémiologique du cancer dans la région y est présenté, de même que l'offre de services vue sous l'angle des différents niveaux d'intervention (de la prévention aux soins de fin de vie). En outre, une étude particulière a été menée auprès des cliniques externes d'oncologie de manière à bien saisir la réalité des activités de type ambulatoire, actuellement en croissance.

Ce portrait régional fournit sans contredit une base objective pour le déploiement de différentes mesures visant à réduire l'incidence du cancer et à assurer une prise en charge adéquate des personnes atteintes. En touchant tous les niveaux d'intervention proposés par le programme national, il invite également à une analyse plus systémique de la problématique du cancer dans notre région. À l'aube d'une annonce ministérielle visant à soutenir prioritairement les actions en faveur de la lutte contre le cancer à l'échelle nationale, ce document constitue une pièce maîtresse à partir duquel devrait se construire notre plan d'action régional.

Le président-directeur général,

Luc Boileau, MD, FRCPC

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX 10

LISTE DES ANNEXES 13

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES 15

INTRODUCTION 17

1 CONTEXTE 19

1.1 L'origine de la démarche et les objectifs visés 19

1.2 La Montérégie, quelques caractéristiques sociosanitaires 19

1.3 Les acteurs engagés dans la lutte contre le cancer 23
1.3.1 Le Réseau cancer Montérégie (RCM) 23
1.3.2 La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie 25
1.3.3 Les établissements et les organismes communautaires et bénévoles 25
1.3.4 Les effectifs médicaux 26

1.4 La méthodologie utilisée pour réaliser l'état de situation 27

2 ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER EN MONTÉRÉGIE 29

2.1 L'incidence du cancer 29

2.2 La mortalité due au cancer 29

2.3 La morbidité hospitalière 30

2.4 Les sites tumoraux spécifiques 30

2.5 Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en Montérégie 33

2.6 Les principaux constats 34

3 INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET EN PRÉVENTION 35

3.1 Le tabagisme 35
3.1.1 L'ampleur du problème 35
3.1.2 La lutte au tabagisme en Montérégie 37
3.1.3 Le bilan critique 40

3.2.1 L'ampleur du problème 41
3.2.2 La prévention de l'excès de poids et la promotion de saines habitudes alimentaires 44
3.2.3 Le bilan critique 47

3.3 L'environnement 48
3.3.1 L'ampleur du problème 48
3.3.2 Les mesures de prévention de certains carcinogènes de l'environnement 51
3.3.3 Le bilan critique 53

4 DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER 55

4.1 Le dépistage opportuniste 55

4.2 Le dépistage systématique 56

4.3 Les activités favorisant la détection précoce du cancer 58

4.4 Le bilan critique 61

5 ACTIVITÉS ET FONCTIONNEMENT DES CLINIQUES EXTERNES D'ONCOLOGIE 63

5.1 La demande de services : les visites enregistrées 63

5.2 L'offre de service 64
5.2.1 L'accès aux cliniques 64
5.2.2 Les services d'investigation, de diagnostic et de traitement 65
5.2.3 Les services de soutien, d'adaptation et de réadaptation 65
5.2.4 Les soins palliatifs 66

5.3 Les ressources disponibles et les conditions d'exercice 67
5.3.1 Les ressources humaines 67
5.3.2 Les problématiques reliées aux ressources humaines 70
5.3.3 Les ressources matérielles et les installations physiques 70
5.3.4 Le fonctionnement des cliniques externes et la prise en charge des patients 71

5.4 Les éléments structurants : intervenant- pivot, corridors de services et dossier oncologique 75
5.4.1 L'intervenant-pivot 75
5.4.2 Les corridors de services 75
5.4.3 Le dossier oncologique 76

5.5 Le bilan critique 76

6 INVESTIGATION ET TRAITEMENT EN MILIEU HOSPITALIER 77

6.1 Les établissements hospitaliers de la région 77

6.2 Les effectifs médicaux en hémato-oncologie 78
6.2.1 Les effectifs médicaux disponibles 78
6.2.2 La production de services d'hémato-oncologues dans les CHSGS de la Montérégie 79
6.2.3 La consommation des services d'hémato-oncologie par la population montérégienne 80

6.3 **Hospitalisations en soins de courte durée** 82
6.3.1 Le portrait global des hospitalisations en soins de courte durée 82
6.3.2 Les hospitalisations reliées au cancer 83
6.3.3 La dispensation des soins et services lors des hospitalisations 85

6.4 **Les services complémentaires** 88
6.4.1 L'imagerie médicale 88
6.4.2 Les laboratoires 91
6.4.3 La pharmacie 92
6.4.4 Les services d'adaptation et de réadaptation 92

6.5 **Les services surspécialisés** 93
6.5.1 La radiothérapie 93
6.5.2 Le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie 93

6.6 **Le bilan critique des activités en milieu hospitalier** 94
6.6.1 L'augmentation des besoins de services 94
6.6.2 L'accessibilité aux services 96
6.6.3 L'organisation des services 96
6.6.4 Les impacts financiers anticipés 97

7 ADAPTATION, SOUTIEN ET RÉADAPTATION 99

7.1 **Les services offerts par les CLSC** 100
7.1.1 L'origine de la demande et la prise en charge 101
7.1.2 La nature des services offerts 101
7.1.3 L'expertise en oncologie 102
7.1.4 Le réseau en place 102

7.2 **Les interventions des organismes communautaires et bénévoles** 103

7.3 **Les problématiques rencontrées** 103

8 SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE 105

8.1 **Les services à domicile** 105

8.2 **Les services en CHSGS et en CHSLD** 106

8.3 **La Maison Victor-Gadbois** 107

9 SYSTÈMES D'INFORMATION, D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHE 109

9.1 **Les systèmes d'information** 109

9.2 **L'évaluation** 110

9.3 **La recherche** 110

CONCLUSION 113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Établissements publics et privés de santé et services sociaux de la Montérégie.

Tableau 2
Consommation des services médicaux par la population de la Montérégie en ETP. Octobre 1999 à mars 2000.

Tableau 3
Effectifs médicaux en Montérégie et ajout autorisé. Période 2001-2003.

Tableau 4
Inventaire des activités en matière de tabagisme en Montérégie.

Tableau 5
Inventaire des activités en matière de prévention de l'excès de poids et de promotion de saines habitudes alimentaires en Montérégie :
- promotion de saines habitudes alimentaires,
- réduction de la consommation d'alcool,
- prévention de l'excès de poids.

Tableau 6
Inventaire des activités en matière d'environnement.

Tableau 7
Sommaire des interventions favorisant la détection précoce du cancer : 4 axes d'intervention.

Tableau 8
Nombre de visites enregistrées dans les cliniques externes d'oncologie. Montérégie 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001.

Tableau 9
Nombre de personnes (équipes de base) et nombre d'heures travaillées par semaine dans les cliniques externes d'oncologie. Montérégie 2001.

Tableau 10
CHSGS de la Montérégie offrant des services spécialisés en oncologie.

Tableau 11
Nombre de médecins spécialistes en hémato-oncologie dans les CHSGS de la Montérégie. Octobre 2001 à mars 2002.

Tableau 12
Production de services médicaux d'hémato-oncologie dans les CHSGS de la Montérégie (en ETP). 1997-1998 et 1999-2000.

Tableau 13
Consommation des services médicaux d'hémato-oncologie dans l'ensemble des CHSGS de la Montérégie (en ETP). 1997-1998 et 1999-2000.

Tableau 14
Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée dans les CHSGS de la Montérégie et nombre de lits dressés.

Tableau 15
Nombre d'hospitalisations reliées au cancer associées à la population de la Montérégie. 1997-1998 et 1999-2000.

Tableau 16
Estimation du nombre de lits d'hospitalisations de courte durée occupés par des personnes atteintes de cancer. 1997-1998 et 1999-2000.

Tableau 17
Les services d'imagerie médicale et les délais d'accès aux examens.

Tableau 18
Nombre d'usagers en imagerie médicale et variation entre 1997-1998 et 2000-2001.

Tableau 19
Consommation et production de soins et services dans les CHSGS de la Montérégie. Variation 1997 à 2000.

Tableau 20
Nombre d'usagers des CLSC ayant un diagnostic de cancer et nombre d'interventions réalisées dans les CLSC de la Montérégie. 1er avril 2000 au 31 mars 2001.

Tableau 21
Nombre de lits réservés aux personnes en situation de fin de vie dans les CHSGS et CHSLD de la Montérégie. Mars 2002.

Tableau 22
Inventaire des projets de recherche financés en cours de réalisation ou soumis pour financement.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1
Membres du Comité régional de lutte contre le cancer en Montérégie.

Annexe 2
Données épidémiologiques sur le cancer en Montérégie. Tableaux et graphiques.

Annexe 3
Consommation en ETP des services médicaux d'hémato-oncologie pour chaque région du Québec. 1997-1998 et 1999-2000.

Annexe 4
Hospitalisation de courte durée dans les CHSGS de la Montérégie. 1996-1977 et 1998-1999.

Annexe 5
Répartition des hospitalisations associées à un diagnostic de cancer de résidants de la Montérégie et durée moyenne de séjour. 1997-1998 et 1999-2000.

Annexe 6
Nombre estimé de lits d'hospitalisation de courte durée occupés par des personnes présentant un diagnostic de cancer. Montérégie. 1999-2000.

Annexe 7
Services disponibles et délais d'attente pour les examens d'imagerie médicale dans les CHSGS de la Montérégie.

Annexe 8
Coûts des médicaments pour traitement du cancer enregistrés dans les CHSGS de la Montérégie. 1997-1998 à 2000-2001.

Annexe 9
Liste des organismes communautaires et bénévoles œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer en Montérégie.

Annexe 10
État de situation des services en soins palliatifs en 2000-2001 dans les établissements et résidences d'hébergement en Montérégie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADPQ	Association des directeurs de police du Québec
APS	Antigène prostatique spécifique
BPC	Biphénil poly chloré
CA	Centre d'accueil
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CES	Comité de santé environnementale
CETS	Conseil d'évaluation des technologies de la santé
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CICM	Centre intégré de lutte contre le cancer en Montérégie
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CRID	Centre de référence pour investigations désignées
CRLC	Comité régional de lutte contre le cancer
CSE	Comité de santé environnementale du Québec
CSST	Commission de santé et sécurité au travail
DAHM	Direction des affaires hospitalières et médicales
DSP	Direction de santé publique
DPAP	Direction de la planification et des affaires publiques
ESUTC	Enquêtes de surveillance de l'usage du tabac au Canada
ETP	Équivalent temps plein
FCRSS	Fond canadien de recherche en sciences de la santé
FRSQ	Fond de recherche en santé du Québec
FTE	Fumée de tabac dans l'environnement
GECEMP	Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycycliques
HCLM	Hôpital Charles LeMoyne

IMC	Indice de masse corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
MEQ	Ministère de l'environnement du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OC	Organisme communautaire
PACS	Picture archiving and communication system
PAP	Test de Papanicolaou
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PET scan	Tomographe à émission de position
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PRSP	Programme régional de santé publique
RCM	Réseau cancer Montérégie
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RRSSSM	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
RUV	Rayons ultraviolets (type A – UVA, type B – UVB)
SIC	Système d'information clientèle
SI-PQDCS	Système d'information - Programme québécois de dépistage du cancer du sein
SOC	Soutien aux organismes communautaires
TC	Temps complet

INTRODUCTION

En octobre 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déposait son programme national de lutte contre le cancer, offrant une perspective d'ensemble sur les différentes mesures à prendre pour mieux prévenir et guérir le cancer. Ce programme invite chacune des régions sociosanitaires à développer un réseau intégré de lutte contre le cancer, s'appuyant sur des équipes interdisciplinaires et garantissant l'accès à des services de qualité à l'ensemble de sa population. Tout au long des différentes phases de la maladie, la personne atteinte d'un cancer doit pouvoir bénéficier de toute l'attention et des soins requis par son état, pour le rétablissement de sa santé et de son bien-être.

Pour mener à bien l'implantation d'un réseau intégré de lutte contre le cancer, un comité régional, formé d'une vingtaine de personnes concernées par la problématique, a été mis sur pied. Ce comité a pour mandat général de conseiller le comité directeur, instance de niveau stratégique, responsable de l'adaptation et de l'implantation du programme de lutte contre le cancer en Montérégie.

Plusieurs conditions s'avèrent nécessaires à la réalisation d'un tel réseau intégré. En premier lieu, soulignons la connaissance préalable des besoins de la population et des individus de la région qui influencent la demande de soins et de services. En parallèle, il convient de connaître les ressources actuelles disponibles pour satisfaire les besoins exprimés ainsi que leur mode d'organisation. L'identification des besoins et des ressources devrait soutenir la mise en place d'un programme régional de lutte contre le cancer adapté à la réalité montérégienne et permettre de mieux définir les objectifs à atteindre.

Le présent rapport trace un portrait général du phénomène du cancer en Montérégie, tant du point de vue des besoins de la population que de celui des actions déployées pour les satisfaire. Cet état de situation a été réalisé à partir de nombreuses sources d'information (banques de données, fichiers, rapports d'activités ou financiers, énoncés de programmation, etc.). Le résultat obtenu reflète ni plus ni moins la disponibilité des données sur le sujet ainsi que l'étendue du traitement qui en est fait dans chaque secteur d'activité.

Pour combler les lacunes de disponibilité ou d'exhaustivité des données, nous avons procédé à quelques enquêtes sur le terrain auprès des intervenants concernés, afin de compléter, tant au plan quantitatif que qualitatif, notre relevé initial. Cet exercice de bonification des données touchant la problématique du cancer en Montérégie se poursuivra tout au long de la démarche d'élaboration du programme régional.

Le premier chapitre du rapport décrit le contexte général à l'intérieur duquel se réalise la démarche de planification du programme de lutte contre le cancer en Montérégie. Les principales caractéristiques sociosanitaires de la région y sont présentées, de même que les différents acteurs engagés ou concernés par la lutte au cancer. Nous terminons ce chapitre en décrivant la méthodologie utilisée pour réaliser l'état de situation.

Le deuxième chapitre présente le profil épidémiologique du cancer en Montérégie. Il décrit l'ampleur de la problématique selon trois indicateurs de santé, à savoir : l'incidence du cancer, la mortalité due au cancer et enfin, la morbidité hospitalière.

L'organisation actuelle du réseau de services, et conséquemment l'organisation de l'information relative à ces activités, est axée sur une approche des dispensateurs (établissements ou organismes).

Cette situation pose certains obstacles à la description de la réalité dans une perspective de programme intégré. Nous avons, malgré tout, tenté dans la mesure du possible, de moduler les informations recueillies selon les niveaux d'intervention proposés par le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Un chapitre couvre donc chacun de ces niveaux, à savoir : la promotion et la prévention, la détection précoce, l'investigation et le traitement, l'adaptation, la réadaptation et le soutien et enfin, les soins palliatifs de fin de vie.

Par ailleurs, étant donné que nous avons procédé à une étude assez approfondie des services offerts dans les cliniques externes d'oncologie de la région, celle-ci abordant l'épisode de soins et les interfaces avec les autres partenaires du réseau, nous avons jugé opportun de rapporter les résultats de cette démarche dans leur globalité. Un chapitre complet est donc consacré à ce secteur d'activité. De manière à respecter l'ordonnancement des niveaux d'intervention proposés par le PQLC, nous présentons le chapitre sur les cliniques externes d'oncologie juste avant celui traitant de l'investigation et du traitement en milieu hospitalier.

Le dernier chapitre du portrait est consacré aux systèmes d'information ainsi qu'aux activités de recherche et d'évaluation.

En guise de conclusion, nous reprenons succinctement les faits saillants du portrait régional qui devraient soutenir la discussion à venir et permettre d'identifier et d'établir la priorité des mesures favorables à l'établissement d'un réseau intégré de lutte contre le cancer en Montérégie.

1 CONTEXTE

1.1 L'origine de la démarche et les objectifs visés

Afin d'implanter un réseau de services intégrés tel que proposé par le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC), la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM) a entrepris une démarche de planification, en collaboration avec ses partenaires. Cette démarche de planification, qui interpelle simultanément toutes les régions, se présente en quatre phases successives, à savoir :

- l'établissement d'un portrait des besoins de la population et des services actuellement offerts dans la région (un regard critique sur le mode actuel de distribution et d'organisation des services y sera aussi posé);
- une planification, de nature prospective, des services intégrés en matière de lutte contre le cancer (il s'agit, à cette étape, d'analyser les capacités de notre réseau à répondre aux demandes anticipées et d'établir des mécanismes de collaboration entre les dispensateurs);
- l'identification de mesures prioritaires relativement à la consolidation, au réaménagement et au développement des services et des ressources pour la région;
- la formulation d'un plan d'action visant à mettre en œuvre les mesures identifiées.

Le présent document concerne l'étape première du processus de planification ci-haut décrit, soit l'établissement d'un portrait actualisé des besoins de la population en regard de la problématique du cancer et des services actuellement offerts aux personnes touchées par ce fléau.

1.2 La Montérégie, quelques caractéristiques sociosanitaires

Avant d'aborder spécifiquement la problématique du cancer en Montérégie, il convient de présenter certains paramètres sociosanitaires qui caractérisent la région. Au plan géographique, le territoire montérégien est situé au sud du fleuve Saint-Laurent et couvre environ 10 000 km^2 de superficie divisée en 15 municipalités régionales de comté. À la suite de la fusion de plusieurs municipalités, on y dénombre environ 198 municipalités. La Montérégie est bordée par les régions sociosanitaires suivantes : Montréal-Centre, Mauricie-Centre-du-Québec, Estrie et Outaouais (voir carte ci-après).

Avec 1 324 799 personnes en 2001, la Montérégie constitue, après Montréal-Centre, la deuxième région la plus populeuse du Québec. Depuis plusieurs années, le taux d'accroissement de la Montérégie surpasse celui du Québec. Ainsi, la population montérégienne s'est accrue de 7,3 % depuis 1991 comparativement à 4,7 % pour le Québec. En 2011, la population de la Montérégie atteindra 1 375 148 individus, soit une croissance de 3,8 % par rapport à aujourd'hui[1].

[1] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *La population selon certains groupes d'âge pour la période 1981 à 2001, Québec, Montérégie et CLSC*. Février 2001.

Les caractéristiques démographiques sont les principaux déterminants de l'augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer (ainsi qu'observé au Canada depuis le début des années 1980)[2]. Plus particulièrement, l'évolution de la structure d'âge (ou le vieillissement) se révèle plus importante que celle de la croissance démographique à proprement parler.

[2] Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2001*. Toronto, 2001.

Régie régionale de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
CHSLD privés
CHSLD publics
Centre hospitalier
Hôtel-Dieu de Sorel
DU HAVRE
DES SEIGNEURIES
DE LA VALLÉE DU RICHELIEU
DES MASKOUTAINS
Réseau Santé Richelieu-Yamaska
LA CHÊNAIE
LONGUEUIL-EST
C.H. Pierre-Boucher
LONGUEUIL-OUEST
SAMUEL DE CHAMPLAIN
Hôpital Charles-Lemoyne
SAINT-HUBERT
DU-RICHELIEU
HAUTE-YAMASKA
C.H. de Granby
LA PRESQU'ÎLE
KATERI
C.H. Anna-Laberge
Hôpital du Haut Richelieu
CHÂTEAUGUAY
SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS
CHAMPAGNAT DE LA VALLÉE DES FORTS
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
JARDIN DU QUÉBEC
LA POMMERAIE
HUNTINGDON
Hôpital Barrie Memorial

En effet, le cancer est une maladie qui frappe principalement les personnes âgées. Les estimations canadiennes pour 2001 montrent que 45 % des nouveaux cas et 59 % des décès dus au cancer surviendront chez des canadiens d'au moins 70 ans. Dans le groupe des 60 à 69 ans, ces estimations se situent à 24 % pour les nouveaux cas et 22 % pour les décès attribuables au cancer.

Depuis 1981, la proportion de personnes de 65 ans et plus n'a cessé de croître tant à l'échelle du Québec qu'à l'échelle régionale. En 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 13 % de la population québécoise et 11,4 % de la population montérégienne avec un total de 150 485 aînés. Bien que la population de la Montérégie soit moins âgée que celle de l'ensemble du Québec, elle a vu le nombre de ses aînés augmenter plus rapidement que le reste de la province. Ainsi, depuis les 20 dernières années, le nombre d'individus âgés de 65 ans et plus a connu une croissance de 94 % en Montérégie par rapport à 67 % pour l'ensemble du Québec. On observe aussi des variations significatives de la proportion des personnes âgées selon les territoires de CLSC, passant de 16,2 % dans le territoire du CLSC du Havre à 6,8 % dans celui du CLSC Kateri. Les projections démographiques laissent entrevoir pour les années à venir une accentuation du phénomène du vieillissement de la population. On prévoit ainsi qu'en 2011, près d'un Québécois sur six sera âgé de 65 ans et plus, soit 15,9 % de la population totale.

Au plan socioéconomique, la situation de la Montérégie est généralement meilleure que celle de l'ensemble du Québec. En effet, la proportion de la population ayant moins de neuf ans de scolarité est faible, le taux d'emploi est élevé et la proportion de prestataires de l'assurance-emploi est inférieure à la valeur québécoise. Toutefois, comme il est démontré que certains facteurs socioéconomiques sont associés à l'adoption de comportements à risque pour la santé ainsi qu'à l'utilisation des services de santé, il est important de souligner que la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu s'est accrue dans notre région. En 1990, 14,7 % de la population vivait sous le seuil de faible revenu alors qu'en 1995, il s'agissait de 18 %, soit un accroissement de 22 %. Cette situation touchait 222 810 personnes en Montérégie lors du dernier recensement de Statistique Canada.

Historiquement, la croissance démographique de la population montérégienne n'a pas donné lieu à un accroissement proportionnel de ses ressources en santé. En conséquence, la Montérégie souffre de sous-financement chronique dans tous ses programmes clientèle. Cela signifie que le financement per capita octroyé à la population montérégienne pour la consommation de services sociaux et de santé se situe en deçà de celui observé à l'échelle du Québec. À cette problématique de sous-financement, s'ajoute une contrainte d'accessibilité à certains services. À cet égard, on observe en Montérégie une mobilité hospitalière liée au cancer de l'ordre de 38 % en faveur des autres régions sociosanitaires, plus spécifiquement celle de Montréal-Centre. La Montérégie est donc en position de dépendance vis-à-vis de Montréal-Centre pour les hospitalisations et certains services spécialisés, dont la radiothérapie où la dépendance est totale.

1.3 Les acteurs engagés dans la lutte contre le cancer

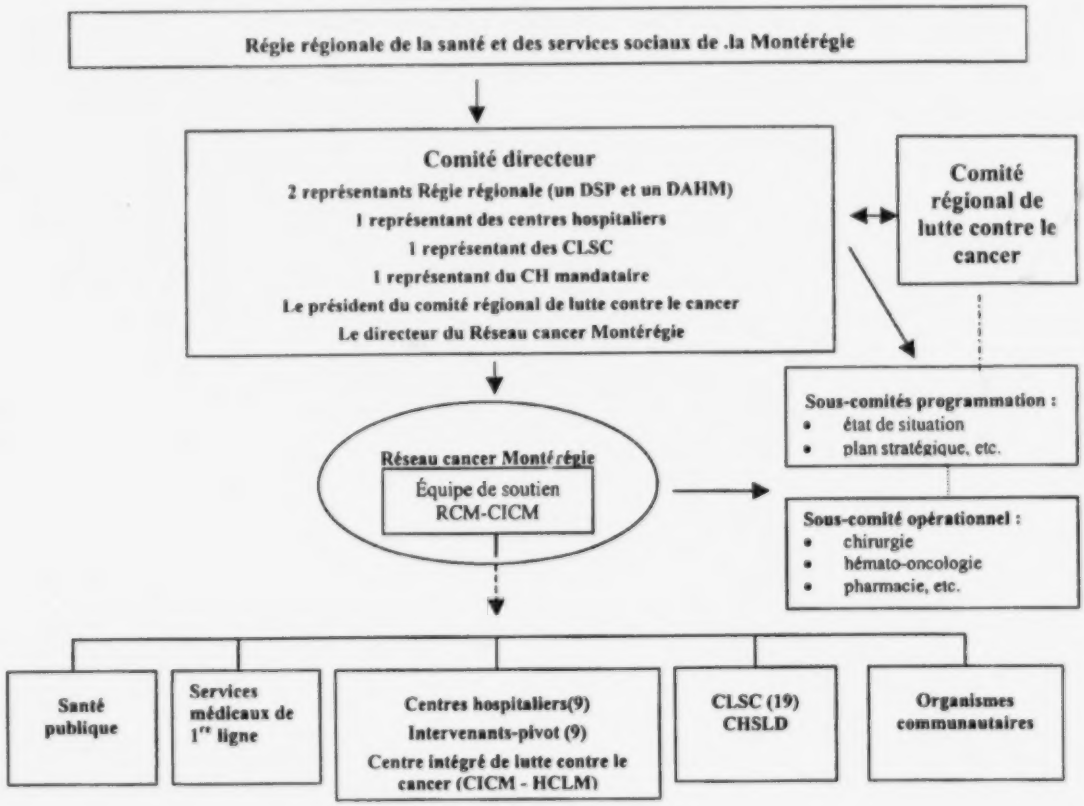
1.3.1 Le Réseau cancer Montérégie (RCM)

Ainsi que proposé par le PQLC, la RRSSS de la Montérégie s'est dotée d'une structure organisationnelle dès avril 1999 et a alloué un budget récurrent de 1,6 M$ pour réaliser les mandats reliés à la planification, la conceptualisation, l'implantation et l'évaluation du programme régional de lutte contre le cancer.

Cette structure organisationnelle, désignée sous l'appellation « Réseau cancer Montérégie », s'est bonifiée avec le temps pour tenir compte des exigences du programme et de la configuration actuelle du réseau de soins et services. La figure 1 illustre la structure organisationnelle du RCM et les comités qui y sont associés.

Figure 1

Structure organisationnelle du réseau intégré de lutte au cancer en Montérégie[3]



[3] La composition du Comité régional de lutte contre le cancer est présentée à l'annexe 1

La **Régie régionale** assume un leadership au regard de la planification et de la coordination régionale du réseau intégré de lutte contre le cancer suivant les recommandations du PQLC.

Pour réaliser l'ensemble des mandats sous-jacents au développement d'un réseau intégré, un **comité directeur** a été mis sur pied. Cette instance décisionnelle, formée de représentants de la Régie régionale et du réseau montérégien, encadre l'élaboration du programme régional de lutte au cancer ainsi que le déploiement de mesures structurantes telles que proposées dans le PQLC.

Pour soutenir et mettre en application les décisions du comité directeur, une équipe a été formée. Elle comprend un directeur, un adjoint clinique, un adjoint administratif (à demi-temps) et une secrétaire. Cette équipe est physiquement installée à l'Hôpital Charles LeMoyne. Les membres de cette équipe travaillent conjointement avec les représentants de la Direction des affaires hospitalières et médicales (DAHM) de la Régie régionale pour coordonner le déploiement d'un ensemble d'activités proposées par le PQLC (ex. : mise en place de comités opérationnels ou de programmation, intégration des intervenantes-pivot, création des équipes locales d'oncologie, etc.)

À ce jour, les réalisations majeures du Réseau cancer Montérégie se résument comme suit :

- création du Comité régional de lutte contre le cancer (CRLC);
- sensibilisation des intervenants œuvrant en oncologie sur le contenu du PQLC et la démarche d'appropriation régionale;
- implantation du projet d'intervenantes-pivot au sein de neuf CHSGS du territoire;
- formation des infirmières travaillant en oncologie;
- travail préparatoire à l'implantation d'équipes locales interdisciplinaires;
- participation aux travaux d'élaboration du plan stratégique régional.

Pour être en mesure de concevoir un programme qui répond aux besoins et qui respecte les particularités de la région, un **comité régional** élargi a été formé. Celui-ci regroupe, entre autres, des représentants d'établissements, de milieux de soutien ou de soins (différentes disciplines), d'organismes communautaires, de personnes atteintes d'un cancer, de citoyens et de représentants de la Régie régionale. Une attention particulière a été accordée à la représentativité territoriale.

Le Comité régional de lutte contre le cancer fournit des avis au comité directeur sur différents aspects dont :

- l'élaboration du programme régional de lutte contre le cancer à partir des orientations du PQLC;
- l'intégration des réponses aux besoins de la population et des individus;
- une meilleure coordination des interventions et des services existants;
- l'utilisation rationnelle des ressources du réseau et des ressources bénévoles;
- l'établissement de mesures de résultats;
- la reconnaissance de l'expertise selon les critères établis;
- l'évaluation des besoins de formation;
- les moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Étant donné l'étendue et la diversité des dimensions à traiter dans la perspective de créer un réseau intégré de lutte contre le cancer, les comités directeur et régional ont prévu la mise sur pied de sous-comités thématiques pour les soutenir dans leur mandat respectif.

1.3.2 La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

L'élaboration d'un plan régional de lutte au cancer en Montérégie et l'implantation de mesures promulguées par le PQLC constituent des mandats prioritaires pour la Régie régionale. Depuis 1999, la Régie régionale dégage des ressources financières et humaines pour réaliser ces mandats.

Le travail de coordination touchant d'une part, l'instauration d'une structure organisationnelle devant permettre l'appropriation du PQLC dans notre région et d'autre part, l'implantation progressive de mesures proposées dans le programme national, a nécessité l'engagement continu d'un professionnel à temps plein de la Direction des affaires hospitalières et médicales. Cette personne participe également aux travaux entourant l'élaboration du plan régional.

Quant à la réalisation du portrait régional des activités et des services déployés dans la lutte contre le cancer, ce travail mobilise près de deux ressources professionnelles à temps complet de la DSP. Ce niveau d'engagement de la Régie régionale à l'égard des travaux entourant le programme régional de lutte contre le cancer devrait être maintenu jusqu'à l'étape de réalisation du plan d'action.

Soulignons que ce relevé exclut les ressources humaines de la Régie régionale qui exercent des fonctions régulières de programmation ou de coordination touchant des dossiers connexes à la problématique du cancer (ex. : programmes de santé publique, laboratoires, hébergement, développement de la radiothérapie).

1.3.3 Les établissements et les organismes communautaires et bénévoles

Plusieurs établissements et organismes œuvrent auprès des personnes atteintes de cancer et leurs proches. En Montérégie, on dénombre 10 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), 19 centres locaux de services communautaires (CLSC) et 31 centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

De façon générale, plus de 500 organismes communautaires et bénévoles, dont près de 300 sont subventionnés par la Régie régionale via le programme de soutien aux organismes communautaires (SOC), interviennent dans l'ensemble du territoire. Soulignons la présence de la Maison Victor-Gadbois, organisme sans but lucratif dédié spécifiquement à l'hébergement et aux soins aux personnes en phase terminale.

Le tableau 1 reprend par catégorie le nombre d'établissements publics et privés offrant des services de santé et des services sociaux en Montérégie. Ce relevé exclut les centres jeunesse et les centres de réadaptation qui n'interviennent pas spécifiquement dans l'un ou l'autre des niveaux d'intervention rattachés à la lutte au cancer.

Tableau 1
Établissements publics et privés de santé et de services sociaux de la Montérégie[4]

Catégorie	Publics	Privés	Nb approximatif de lits	Total
CLSC CLSC/CHSLD	15 4			19
CHSGS	10		+/- 1 800	10
CHSLD	11	28	+/- 5 300	31

1.3.4 Les effectifs médicaux

Plusieurs omnipraticiens et médecins spécialistes sont appelés à prodiguer des soins reliés à la problématique du cancer, soit en matière de prévention primaire, de dépistage ou encore de traitements aux personnes atteintes de cancer. Il n'est cependant pas possible de quantifier avec exactitude le volume d'activités médicales spécifiquement dédiées au cancer.

Le tableau 2 présente globalement la quantité de ressources médicales (en équivalent temps plein - ETP) consommée par la population montérégienne, soit dans la région d'appartenance ou à l'extérieur de celle-ci. L'intérêt de ces données est non seulement de mesurer la quantité de ressources médicales consommées par la population de la Montérégie mais de mettre en lumière le niveau de mobilité interrégionale dans la consommation de ce type de services.

Tableau 2
Consommation des services médicaux par la population de la Montérégie en ETP
Octobre 1999 à mars 2000[5]

Catégorie	Production des services médicaux				Consommation totale
Lieu de consommation	Montérégie		Hors région		
	Nb ETP	%	Nb. ETP	%	
Omnipraticiens	1 002,4	89	122,5	11	1 124,9
Spécialistes	588,9	61	380,7	39	969,7

Ainsi pour la période d'octobre 1999 à mars 2000, la consommation des services médicaux par les résidants de la Montérégie a été de 1 124,9 ETP pour les omnipraticiens et de 969,7 ETP pour les médecins spécialistes. La consommation des services hors région était respectivement de 11 % pour les omnipraticiens et de 39 % pour les spécialistes. La mobilité interrégionale observée en regard de la consommation des services médicaux spécialisés se rapproche de celle observée dans la consommation des services hospitaliers.

[4] Ce relevé exclut le CH Kateri Memorial. Quant aux CHSLD privés, le nombre comprend les centres conventionnés et non conventionnés.
[5] Source : MSSS, Banque CONSOM, octobre 1999 à mars 2000. La mesure d'équivalent temps plein est calculée sur la base de la rémunération moyenne de l'ensemble des médecins du Québec par spécialités.

Le plan des effectifs médicaux spécialisés de la Montérégie couvrant la période 2001-2003, a été récemment accepté par les instances gouvernementales. On retrouve au tableau 3, les effectifs médicaux autorisés dans les spécialités les plus fréquemment interpellées dans les soins aux personnes atteintes de cancer. La croissance autorisée s'avère plutôt faible au niveau des spécialités médicales principalement concernées par le diagnostic et le traitement du cancer.

Tableau 3
Effectifs médicaux en Montérégie et ajout autorisé[6]
Période 2001-2003

Spécialités	EFFECTIFS MÉDICAUX		
	Effectifs en place au au 31 janvier 2001	Ajouts autorisés 2001-2003	Effectifs signifiés 2001-2003
Hématologie	14	1	15
Oncologie médicale	0	0	0
Radiologie diagnostique	55	0	55
Anatomo-pathologie	17	1	18
Radio-oncologie	0	*	*
Chirurgie générale	49	2	51

* En attente des avis des comités d'experts.

1.4 La méthodologie utilisée pour réaliser l'état de situation

Différentes stratégies ont été utilisées dans le but de rassembler l'information permettant d'établir un portrait d'ensemble des activités et des services offerts aux personnes atteintes de cancer.

Dans un premier temps, nous avons exploité les données pertinentes contenues dans différents rapports ou fichiers disponibles (ex. : rapports d'activité, rapports financiers, banque Med Echo, fichier des tumeurs, etc). La majorité des données constituant le présent portrait est issue de ces sources officielles.

Il va sans dire que l'absence de systèmes d'information structurés, en fonction d'une approche intégrée dans le traitement et le suivi des personnes atteintes d'un cancer, pose des limites majeures à la constitution d'un portrait cohérent et uniforme. À cet égard, le portrait se présente comme une juxtaposition de réalités différentes, traduisant chacune un type d'interventions spécifiques déployées par une multitude d'organisations et d'intervenants.

En ce qui a trait aux dimensions de promotion, de prévention et de protection, le portrait des activités a été réalisé à partir des résultats de travaux déjà effectués par la Direction de santé publique. Ces informations ont été validées et actualisées par les professionnels concernés.

[6] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *Plan régional des effectifs médicaux de la Montérégie*. Octobre 2001.

Pour suppléer au manque d'information et à la nature quelque peu statique des données disponibles quant aux autres niveaux d'intervention, nous avons initié des collectes d'information sur le terrain auprès d'intervenants clés de différents milieux. Des questionnaires structurés reprenant les grandes dimensions du PQLC ont été élaborés à cet effet et soutenus par des plans d'entrevue.

La première démarche de collecte d'informations sur le terrain a été menée à l'hiver 2001 auprès des représentants des neuf cliniques externes d'oncologie de la Montérégie. Étant donné l'étendue et la spécificité des informations recueillies, nous avons dédié un chapitre complet aux résultats de ces travaux.

Une démarche est en cours pour documenter davantage les activités hospitalières (en termes d'accessibilité et de continuité des services). Les différents secteurs d'activité interpellés par cette étude sont les services médicaux, infirmiers, diététiques, pharmaceutiques et sociaux, la radiologie et les laboratoires. Les niveaux d'intervention documentés concernent les services de diagnostic, les traitements, la prise en charge, l'éducation et le suivi du patient. Au moment du dépôt de ce rapport, trois centres hospitaliers sur neuf ont fait l'objet d'une visite d'entrevue.

L'information qualitative devant soutenir les données quantitatives répertoriées sera donc intégrée au portrait dans les mois qui viennent.

Les soins palliatifs de fin de vie étant dispensés dans la région par le CHSGS, les CLSC, les CHSLD et la Maison Victor-Gadbois, ceux-ci ont été sollicités pour compléter, d'un point de vue qualitatif, les données dont nous disposons.

Au regard des activités déployées par les CLSC, nous avons tenté d'exploiter les données générées par le système d'information à la clientèle (SIC) en regard de la problématique du cancer. Les résultats obtenus demeurent très globaux étant donné les limites du système d'information. Nous avons donc entrepris une démarche de collecte d'information auprès des CLSC pour combler ces lacunes. Celle-ci se poursuivra au-delà du présent rapport.

Malgré les limites des systèmes d'information existants, nous croyons avoir rassemblé suffisamment de données pertinentes pour apprécier l'ampleur de la problématique du cancer et les enjeux liés à l'établissement d'un réseau de services intégrés dans la région. Au fur et à mesure des étapes de planification, nous intégrerons à notre portrait initial des dimensions plus qualitatives afin de bien soutenir nos orientations en matière de lutte contre le cancer.

Le bilan des activités de soutien dispensées par les organismes communautaires et bénévoles, en lien avec les soins palliatifs de fin de vie, a été réalisé à partir d'une compilation des informations déjà existantes au sein des autres programmes de la Régie régionale. Pour environ la moitié des dispensateurs concernés, l'information a été complétée ou validée par voie téléphonique.

2 ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER EN MONTÉRÉGIE

La prochaine section trace le profil épidémiologique du cancer en Montérégie pour la période de 1991 à 1998. Les données proviennent du « Portrait du cancer, Montérégie 1991-1998 »[7] et concernent l'incidence, la mortalité et la morbidité hospitalière liées au cancer. Elles sont présentées d'abord pour l'ensemble des cancers, puis selon les cancers les plus fréquents, soit : le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon.

Dans le but d'alléger le texte, vous trouverez à l'annexe 2, la représentation graphique des différentes données rapportées. Enfin, des projections de l'incidence du cancer et de la mortalité par cancer jusqu'en 2001 sont également fournies.

2.1 L'incidence du cancer[8]

En Montérégie, 5 167 nouveaux cas de cancer ont été signalés en 1998. Entre 1991 et 1998, le nombre de nouveaux cas signalés a augmenté de 22 %, soit un accroissement annuel de 2,8 %. Toutefois, l'évolution de l'incidence diffère selon le sexe. Pour la période à l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes s'est accru de 8,8 % alors que chez la femme cet accroissement a été de 38,2 %. Pour la première fois en 1998, le nombre de nouveaux cas de cancer enregistrés chez la femme (2 613 cas) était supérieur à celui enregistré chez l'homme (2 554 cas).

En Montérégie, pour l'année 1998, trois sièges étaient responsables de plus de la moitié de tous les cancers pour chacun des deux sexes, soit : le poumon (21,6 %), la prostate (17,4 %) et le côlon-rectum (13,9 %) chez l'homme et, le sein (28,6 %), le côlon-rectum (13,6 %) et le poumon (13,4 %) chez la femme.

À l'instar du Québec, le taux d'incidence du cancer chez l'homme en Montérégie est à la baisse depuis 1994 et enregistre une diminution de 11 % comparativement à 1991. La tendance observée serait principalement attribuable à une diminution ou au retour à la normale de l'incidence du cancer de la prostate. Par contre, chez la femme, on observe le phénomène inverse, c'est-à-dire une hausse de 15 % du taux d'incidence (2,1 % par an) pour la même période. Cette progression du taux d'incidence chez la femme est due à l'augmentation de l'incidence du cancer du sein et du cancer du poumon.

2.2 La mortalité due au cancer[9]

Le nombre annuel de décès par cancer a augmenté progressivement en Montérégie mais le degré de progression du nombre de décès a été plus important chez la femme que chez l'homme. En 1998, 2 662 Montérégiens (1 457 hommes et 1 205 femmes) décédaient à la suite d'un cancer comparativement à 2 190 en 1991 (1 227 hommes et 963 femmes). Pour la période de 1991 à 1998, l'accroissement annuel du nombre de décès par cancer a été de 2,6 % chez l'homme et de 3,3 % chez la femme.

---

[7] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Portrait du cancer, Montérégie 1991-1998.* Octobre 2001.

[8] Voir à l'annexe 2 : tableaux 1 et 2, graphiques 1 à 4

[9] Voir à l'annexe 2 : tableaux 1 et 2; graphiques 1 à 4

En 1998, la mortalité par cancer chez l'homme est principalement associée au cancer du poumon (35,3 %), au cancer colorectal (13,9 %) et au cancer de la prostate (8,9 %). Chez la femme, le cancer du poumon (23,1 %) est au premier rang, suivi du cancer du sein (17,6 %) et du cancer colorectal (13,4 %).

En Montérégie comme au Québec, on constate pour l'année 1998 environ deux nouveaux cas de cancer pour chaque décès dû au cancer (ratio mortalité/incidence = 0,51).

2.3 La morbidité hospitalière[10]

En 1998, 9 313 hospitalisations associées au cancer (excluant les tumeurs malignes de la peau sauf le mélanome) ont été comptabilisées, ce qui représentait 6 % de l'ensemble des hospitalisations pour la population montérégienne.

Le nombre d'hospitalisations pour cancer a augmenté depuis 1991, mais de façon différente en fonction du sexe. En effet, chez l'homme, l'accroissement du nombre d'hospitalisations a été de 6,7 % alors qu'il a été de 24,6 % chez la femme.

Depuis 1995, on observe une tendance à la baisse du taux d'hospitalisation pour cancer, et ce, autant chez l'homme que chez la femme. Pour l'année 1998, le taux d'hospitalisation était de 818 pour 100 000 chez l'homme et de 696 pour 100 000 chez la femme.

2.4 Les sites tumoraux spécifiques

Cancer du sein[11]

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein représente plus du quart (28,6 %) de tous les cas de cancer diagnostiqués chez la femme. En 1998, on dénombrait 748 nouveaux cas de ce type de cancer, soit une augmentation de 37 % comparativement à 1991. Le taux d'incidence a également augmenté, passant de 96 nouveaux cas par 100 000 en 1991 à 110 nouveaux cas pour 100 000 en 1998, soit une augmentation de 14 %. Globalement, les taux d'incidence observés en Montérégie pour la période de 1991 à 1998 se situaient en deçà des taux québécois.

Bien que le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'incidence, depuis 1993 la mortalité par cancer du sein (17,6 % des décès par cancer) est reléguée au deuxième rang, après le cancer du poumon. En 1998, 212 femmes sont décédées des suites d'un cancer du sein, ce qui représente une augmentation de 15,9 % comparativement à l'année 1991. Le taux de mortalité par cancer du sein en Montérégie tend à diminuer lentement (baisse de 4,7 % depuis 1991) et se situait à 31 par 100 000 femmes en 1998. La tendance observée en Montérégie est semblable à celle du Québec.

Concernant la morbidité hospitalière, 28,1 % de l'ensemble des hospitalisations pour cancer est associé au cancer du sein. Depuis 1991, en Montérégie on observe une augmentation progressive du nombre d'hospitalisations pour cancer du sein. En 1998, 1 329 femmes étaient hospitalisées comparativement à 932 en 1991, soit une hausse de 42,6 %. Le taux d'hospitalisation pour cancer du sein s'est aussi accru de façon régulière depuis 1991 pour atteindre 195,6 pour 100 000 femmes.

[10] Voir à l'annexe 2 : tableau 3
[11] Voir à l'annexe 2 : graphiques 5, 6, 23 et 24

Depuis 1991, les taux d'hospitalisation pour cancer du sein en Montérégie sont légèrement inférieurs à ceux de la province.

Cancer de la prostate[12]

En Montérégie, depuis 1996, le cancer de la prostate atteint le deuxième rang de tous les nouveaux cancers diagnostiqués et représente 17,4 % de l'ensemble des cancers. En 1998, 444 nouveaux cas de cancer de la prostate étaient signalés. Dans notre région, l'évolution de l'incidence du cancer de la prostate a connu deux phases distinctes, tout comme au Québec. Une première phase comprise entre 1991 à 1993 caractérisée par une hausse de 39 % des nouveaux cas de cancer, suivie d'une deuxième phase marquée par une diminution de 34,4 % de l'incidence. Le Conseil d'évaluation des technologies en santé (CETS) considère que l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate observée au début des années 1990 serait en partie reliée à l'utilisation croissante de l'antigène prostatique spécifique durant cette période[13]. Le taux d'incidence du cancer de la prostate a également connu une forte diminution (baisse de 27,6 %) et atteint en 1998 une valeur de 87 nouveaux cas par 100 000 hommes. Durant la période de 1991 à 1996, le taux d'incidence du cancer de la prostate était significativement plus élevé en Montérégie qu'au Québec. Cependant, depuis 1997, on observe des taux semblables aux taux québécois.

Au regard de la mortalité, le cancer de la prostate occupe le troisième rang des causes de mortalité par cancer (8,9 % des décès par cancer). En Montérégie, 129 hommes sont décédés d'un cancer de la prostate en 1998. Malgré des fluctuations aléatoires importantes d'une année à l'autre, le nombre de décès par cancer de la prostate a diminué de 9,7 % depuis 1991. Parallèlement, le taux de mortalité a connu une réduction graduelle passant de 41 décès pour 100 000 hommes en 1991 à 29 décès par 100 000 hommes en 1998, soit une diminution de 28 %. Cette tendance à la baisse est également observée à l'échelle provinciale.

Enfin, les hospitalisations pour cancer de la prostate représentent 11,7 % de l'ensemble des hospitalisations pour cancer. En 1998, 535 Montérégiens étaient hospitalisés pour un cancer de la prostate, ce qui représentait une diminution de 26 % comparativement à l'année 1991. Le taux d'hospitalisation pour cancer de la prostate a, quant à lui, chuté de façon drastique entre 1993 et 1997, pour se stabiliser à 101,6 hospitalisations par 100 000 hommes en 1998. De façon générale, les taux d'hospitalisation pour cancer de la prostate ont été plus élevés en Montérégie qu'au Québec.

Cancer colorectal[14]

Le cancer colorectal vient au troisième rang de tous les nouveaux cas de cancer chez l'homme et au deuxième rang chez la femme. Il représente près de 14 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer, indépendamment du sexe. En 1998, un nouveau cancer colorectal a été décelé chez 709 personnes en Montérégie, affectant uniformément les deux sexes. Comparativement à 1991, on observe pour l'année 1998, une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer colorectal de 17,6 % chez l'homme et de 65,4 % chez la femme. Chez l'homme, le taux d'incidence montre une légère diminution de 2,9 % depuis 1991 et après trois années de surincidence, il rejoint, en 1998, celui de la province soit 66,3 pour 100 000 personnes.

---

[12] Voir à l'annexe 2 : graphiques 7, 8, 21 et 22

[13] Source : Conseil d'évaluation des technologies en santé. *Le dépistage du cancer de la prostate : évaluation des avantages, des effets indésirables et des coûts*. Montréal, CETS, 1995, XXII-96

[14] Voir à l'annexe 2 : graphiques 9 à 12 et 21à 24

Enfin, contrairement à la situation québécoise où l'on note une baisse du taux d'incidence du cancer colorectal chez la femme, on observe en Montérégie une augmentation de 17,7 % depuis 1991 pour un taux de 51,3 pour 100 000 en 1998.

En 1998, le cancer colorectal était associé au décès de 203 hommes et 162 femmes. Ces nombres représentent des augmentations respectives de 49,3 % et de 30,7 % comparativement au nombre de décès enregistrés en 1991. Durant la période étudiée, les taux de mortalité par cancer colorectal chez l'homme accusent une hausse de 28,3 % avec un sommet établi en 1998 de 41,2 décès par 100 000. Depuis 1996, le taux de mortalité par cancer colorectal chez l'homme est supérieur au taux québécois. Chez les Montérégiennes, tout comme chez les Québécoises, le taux de mortalité par cancer colorectal est relativement stable depuis 1991 et était de 22,9 pour 100 000 personnes en 1998.

En 1998, 570 hommes et 491 femmes ont été hospitalisés pour un cancer colorectal en Montérégie. Il s'agit d'une augmentation de 19 % chez l'homme et 36,8 % chez la femme comparativement aux données de 1991. Durant la période étudiée, à l'exclusion de l'année 1994, les taux d'hospitalisation chez l'homme sont demeurés relativement stables, oscillant entre 100 et 110 cas par 100 000. Parallèlement, chez la femme, les taux d'hospitalisation ont varié entre 60 et 75 cas par 100 000. Toutefois, il est difficile d'établir une tendance dans les taux d'hospitalisation en Montérégie. Au Québec, les tendances sont plus franches et on remarque, depuis 1994, une diminution des taux d'hospitalisation autant chez l'homme que chez la femme.

Cancer du poumon[15]

En Montérégie, 901 nouveaux cas de cancer du poumon ont été signalés en 1998 (552 chez l'homme et 349 chez la femme). Durant la période de 1991 à 1998, le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon a augmenté de 10,4 % chez les hommes et de 65 % chez la femme. Depuis 1996, le nombre de nouveaux cas chez l'homme est relativement stable contrairement au nombre de nouveaux cas chez la femme où l'on observe une progression continue des nouveaux cas de ce cancer. En 1998, le taux d'incidence chez l'homme (104 pour 100 000) accuse une diminution de 7,7 % comparativement à l'année 1991. De plus, depuis 1995, on observe chez l'homme un plateau du taux d'incidence ainsi que des taux inférieurs aux taux québécois. Chez la femme, le taux d'incidence a connu une augmentation de 37,8 % depuis 1991 pour atteindre un sommet de 52 nouveaux cas par 100 000 en 1998. On observe la même tendance au niveau québécois.

Le cancer du poumon est de loin celui qui a fait le plus de victimes parmi tous les cancers, représentant 35 % des décès par cancer chez l'homme et 23 % chez la femme. En 1998, on recensait en Montérégie 793 décès par cancer du poumon, soit 515 chez l'homme et 278 chez la femme, représentant alors une augmentation respective de 19,5 % et 58 % des nouveaux cas de cancer depuis 1991. Chez l'homme, après une légère diminution du taux de mortalité par cancer du poumon, le taux de mortalité observé en 1998 rejoint le taux de 1991, soit 100 décès par 100 000. Par ailleurs, tout comme les taux d'incidence, les taux de mortalité par cancer du poumon chez l'homme en Montérégie sont inférieurs à ceux du Québec, et ce, depuis 1995. Tout comme au Québec, le taux de mortalité par cancer du poumon chez la femme en Montérégie est nettement en progression. Avec une hausse de 31,6 % depuis 1991, le taux de mortalité par cancer du poumon chez la femme atteint un sommet de 41 décès par 100 000 en 1998.

[15] Voir à l'annexe 2 : graphiques 13 à 16 et 21 à 24

Pour l'année 1998, 1 386 hospitalisations en Montérégie étaient reliées au cancer du poumon. Au niveau de l'évolution des hospitalisations chez l'homme, on observe deux plateaux. Un premier plateau couvrant la période de 1991 à 1994 où la moyenne annuelle des hospitalisations est de 962 et un deuxième plateau de 1995 à 1998 où l'on observe en moyenne 835 hospitalisations par année. Chez la femme, le nombre d'hospitalisations reliées au cancer du poumon a augmenté de 35,7 % depuis 1991 et pour l'année 1998, on enregistrait 555 hospitalisations. Les taux d'hospitalisation chez l'homme révèlent une tendance à la baisse depuis 1994 avec des taux inférieurs à ceux de la province (150 cas par 100 000 en Montérégie versus 169 cas par 100 000 au Québec en 1998). Chez la femme, on observe une légère remontée du taux annuel d'hospitalisation depuis 1996 avec un taux de 82 cas par 100 000 en 1998. Des tendances similaires sont observées pour le Québec.

2.5 Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en Montérégie[16]

Le MSSS a produit des projections de l'incidence du cancer et de mortalité par cancer selon le sexe jusqu'en 2001[17]. Les modèles utilisés pour estimer les taux d'incidence et de mortalité par cancer reposent sur l'hypothèse que les tendances observées vont se maintenir pendant la période faisant l'objet de projections.

Suivant ces projections, on prévoit en Montérégie pour 2001, comparativement à 1998, une diminution de 1,2 % du taux d'incidence pour l'ensemble des cancers chez les hommes et une augmentation de 3,3 % du taux d'incidence chez les femmes. On attribue la diminution observée du taux d'incidence chez les hommes principalement à l'évolution du cancer du poumon alors que chez les femmes, l'augmentation du taux d'incidence est principalement due au cancer du poumon mais aussi au cancer du sein.

Comparativement à l'année 1998, les projections du MSSS indiquent une diminution du taux de mortalité de 10,8 % chez les hommes et de 2,2 % chez les femmes. Chez l'homme, la diminution du taux de mortalité est principalement associée à l'évolution du cancer de la prostate mais aussi à celle des cancers du poumon et du côlon-rectum. Chez la femme, la diminution du taux de mortalité est principalement attribuable aux tendances observées en regard du cancer du sein.

Cancer du sein

Comparativement à 1998, on estime que le taux d'incidence du cancer du sein progressera jusqu'en 2001 de l'ordre de 4,8 %. Parallèlement, les projections indiquent une diminution de 4,2 % du taux de mortalité par cancer du sein en 2001 par rapport à 1998. Toutefois, les données réelles pour 2001 dépendront du résultat des activités de dépistage du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et de l'efficacité des traitements qui s'améliorent constamment et rapidement, surtout avec la détection plus précoce des cancers.

Cancer de la prostate

Selon les projections du MSSS pour notre région, le taux d'incidence du cancer de la prostate restera stable jusqu'en 2001 mais sera supérieur à celui du Québec. Par contre, une diminution importante, soit 21,9 % du taux de mortalité par cancer de la prostate, est prévue.

---

[16] Voir à l'annexe 2 : graphiques 17 à 29

[17] *Projections d'incidence de cancer et de mortalité par cancer au Québec pour l'année 2001*. MSSS, Direction générale de santé publique. 2001 ISBN2-550-37207-7

Cancer colorectal

Comparativement aux données de 1998, les projections d'incidence du cancer colorectal pour 2001 traduisent une hausse de 3,5 % chez l'homme et une diminution de 2,5 % chez la femme. Concernant le taux de mortalité par cancer colorectal, les projections indiquent pour 2001 une diminution de 6,9 % chez les hommes alors que chez les femmes, on prévoit une augmentation de 1,3 %, toujours comparativement à 1998. Cependant, les taux d'incidence et de mortalité par cancer colorectal seront particulièrement élevés en Montérégie chez les hommes par rapport au Québec.

Cancer du poumon

Comparativement aux taux d'incidence de 1998, les projections pour 2001 concernant le cancer du poumon indiquent une diminution de 6,6 % du taux d'incidence chez l'homme et une augmentation de 10,2 % du taux d'incidence chez la femme. Au niveau de la mortalité, les projections pour 2001 prévoient une diminution du taux de mortalité par cancer du poumon de 9,4 % chez l'homme et une augmentation de 9,5 % chez la femme. Les taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon chez l'homme en Montérégie, seront inférieurs aux taux québécois.

2.6 Les principaux constats

Malgré la stabilité relative des taux standardisés d'incidence et de mortalité par cancer, le nombre de nouveaux cas et de décès ne cesse d'augmenter. D'une part, le nombre de nouveaux cas de cancer en Montérégie est passé de 2 347 (1991) à 2 554 (1998) parmi les hommes et de 1 891 (1991) à 2 613 (1998) parmi les femmes. D'autre part, le nombre de décès a augmenté de 1 227 (1991) à 1 457 (1998) parmi les hommes et de 963 (1991) à 1 205 (1998) parmi les femmes.

Comme l'accroissement et le vieillissement de la population se révèlent les principaux déterminants de l'augmentation de l'incidence de nouveaux cancers et de la mortalité par cancer, les besoins en services de diagnostic et en soins thérapeutiques et palliatifs iront en augmentant. De plus, alors que le cancer sollicite une part toujours plus importante des services hospitaliers, la Montérégie dépend toujours des régions de Montréal et de Sherbrooke pour une partie de ses hospitalisations et vit une dépendance totale pour certains services spécialisés dont la radiothérapie.

3 INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET EN PRÉVENTION

La mortalité associée au cancer pourrait être réduite de plus du tiers si l'on agissait efficacement sur les facteurs de risque connus et modifiables. Parmi ces facteurs, le tabagisme, l'alimentation, l'obésité et la sédentarité sont des facteurs pour lesquels une relation à la mortalité par cancer a été démontrée. Le pourcentage de la mortalité par cancer attribuable à l'ensemble de ces facteurs est de 60 %. On constate également que l'exposition à certains agents environnementaux est aussi associée à des décès par cancer, quoique à un degré moindre.

Ce chapitre est consacré à la description des facteurs de risque associés au cancer. Les principaux facteurs y sont décrits pour le Québec ainsi que pour la Montérégie lorsqu'il existe des données pertinentes. Par la suite, l'inventaire des interventions et des activités de promotion et de prévention aux niveaux régional et local ainsi que l'inventaire de la main-d'œuvre et des services offerts y sont présentés au regard des recommandations du Programme québécois de lutte contre le cancer. Malheureusement, on dispose de peu de données sur les activités préventives qui sont réalisées sans le concours ou l'appui de la Direction de santé publique (DSP). De plus, la DSP alloue des ressources humaines en soutien aux stratégies nationales telles les législations, les réglementations, les politiques saines, les communications de masse et la production d'avis de santé publique qui n'apparaîtront pas dans ce bilan. Ce dernier est donc incomplet et comprend davantage les activités de promotion et de prévention de niveaux régional et local réalisées ou soutenues par la DSP.

3.1 Le tabagisme

3.1.1 L'ampleur du problème

Le tabagisme est de loin la principale cause de décès évitables au Québec. On associe à la consommation de tabac 30 % de tous les cancers, dont 85 % des cancers du poumon. Les cancers du poumon, de la trachée et des bronches demeurent les cancers les plus étroitement associés à ce facteur (85 % des cas), mais la moitié des décès dus au cancer des voies aérodigestives supérieures (bronche, pharynx, larynx, œsophage) et le tiers de ceux attribuables aux cancers du pancréas, du rein et de la vessie, sont également liés à la consommation de tabac.

La santé des personnes qui ne fument pas est également affectée par la fumée secondaire, particulièrement celle des enfants, des femmes enceintes et des personnes dont les voies respiratoires sont plus sensibles. D'ailleurs, la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) est classée cancérigène depuis 1992 par « l'Environmental Protection Agency ».

Selon Santé Canada, en 1996, la mortalité attribuable au tabagisme passif pour le Québec était estimée à 128 décès[18].

[18] Makomaski Illing EM, Kaiserman MJ. *La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996. Maladies chroniques au Canada*. 1999,20 .

La prévalence du tabagisme chez la population adulte

Au Québec comme au Canada, la prévalence de l'usage du tabac est à la baisse. Les trois grandes enquêtes de Santé Québec[19,20,] et de l'Institut de la statistique du Québec[21] révélaient une proportion de fumeurs actuels parmi les Québécois âgés de 15 ans et plus de 40 % en 1987 et de 34 % en 1992-1993 et 1998. Les résultats des enquêtes de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)[22] réalisées régulièrement à travers le Canada, vont dans le même sens. En effet, pour les années 1999, 2000 et 200, on rapportait pour le Québec des taux de fumeurs actuels[23] respectifs de 30 %, de 28 % et de 26 % chez les 15 ans et plus.

La banque de données de l'Enquête sociale et de santé 1998 a permis d'identifier en Montérégie[24] une proportion de fumeurs âgés de 15 ans et plus de 33 %, dont 30 % de fumeurs réguliers et 3 % de fumeurs occasionnels. On observe, comme pour l'ensemble du Canada et du Québec, une baisse de la prévalence de l'usage de la cigarette. En 1998, un nombre semblable d'hommes (175 030) et de femmes (175 027) fumaient la cigarette de façon régulière et occasionnelle. Les personnes âgées de 15 à 24 ans (37 %) et de 25 à 44 ans (39 %) ont des proportions de fumeurs semblables alors que les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement les moins nombreuses à fumer (17 %). Finalement, les Montérégiens âgés de 45 à 64 ans fument dans une proportion de 30 %.

La prévalence du tabagisme chez les adolescents

L'usage global de la cigarette chez les élèves québécois du secondaire est demeuré sensiblement le même depuis deux ans : de 30,4 % en 1998, il se situe à 29 % en 2000[25]. À l'automne 2000, 18,6 % de tous les élèves québécois fréquentant une école secondaire sont des fumeurs actuels et 10,4 % sont à expérimenter la cigarette (fumeurs débutants). Les filles sont encore plus enclines à s'adonner à cette habitude. L'usage du tabac croît selon l'année d'étude. Entre la 1re et la 5e année du secondaire, la proportion de fumeurs actuels passe de 5 % à 28 % et l'accroissement le plus marqué se situe entre la 1re et la 2e année du secondaire.

Des résultats similaires sont observés en Montérégie. Les résultats de l'enquête effectuée en 1998[26] montrent que l'usage de la cigarette demeure un phénomène relativement répandu chez les adolescents.

En effet, environ 3 élèves sur 10 (29 %) déclarent avoir fumé au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête dont 9 % de fumeurs débutants, 7 % de fumeurs occasionnels et 13 % de fumeurs quotidiens. La proportion de fumeurs augmente aussi selon le niveau scolaire. Si on exclut les fumeurs débutants, la proportion de fumeurs occasionnels et quotidiens triple entre la 1re et la 3e année du secondaire (de 8 % à 23 %) et augmente encore en 5e secondaire pour atteindre 31 %.

---

[19] Santé Québec. *Enquête Santé Québec 1987*. MSSS, Gouvernement du Québec.
[20] Santé Québec. *Enquête sociale et de santé 1992-1993*. MSSS, Gouvernement du Québec.
[21] Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*. MSSS, Gouvernement du Québec.
[22] Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Février à juin 2001*.
[23] Fumeurs actuels = fumeurs quotidiens + fumeurs occasionnels
[24] Régie régionale de la santé et des services sociaux. DSPPÉ. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie*.
[25] Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. MSSS, Gouvernement du Québec, 2000.
[26] Bellerose C., Beaudry J., Bélanger S. *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*. DSPPÉ, RRSSS Montérégie, 2001, (document préliminaire).

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

L'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) désigne l'exposition des individus à la fumée de tabac générée par les fumeurs. Selon l'enquête sociale de 1998, la maison représente une source d'exposition quotidienne ou quasi quotidienne à la fumée de tabac dans l'environnement pour 36 % des Montérégiens[27]. Dans les lieux d'activités principales, environ la moitié des résidants de la Montérégie se dit exposée à la FTE chaque jour ou presque, tandis que dans tout autre lieu, le quart d'entre eux rapportent cet état de fait.

3.1.2 La lutte au tabagisme en Montérégie

Le tabagisme est une préoccupation de santé publique depuis de nombreuses années. Des orientations stratégiques tant au niveau fédéral que provincial ont grandement influencé et facilité la réalisation d'interventions visant à modifier l'environnement législatif, économique, social et physique ainsi que les habitudes tabagiques.

Il s'agit entre autres de la Politique de la santé et du bien-être dont quatre des 19 objectifs sont en lien avec un recul du tabagisme[28], du Plan d'action de lutte au tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux[29], des Priorités nationales de santé publique 1997-2002[30] et du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005[31]. La protection de la population s'est accrue grâce à la Loi sur le tabac[32] adoptée en 1998 qui restreint l'usage du tabac, contrôle la vente et la promotion des produits et surveille l'industrie dont l'application est effective depuis la fin de 1999. Enfin, à partir du 1er octobre 2000, trois produits pour cesser de fumer sont inclus à la liste des médicaments couverts par les régimes public et privés québécois d'assurance-maladie.

En Montérégie, la lutte au tabagisme s'est traduite par des cibles clairement identifiées dans le Programme régional de santé publique[33] et l'élaboration de plans d'action régionaux de lutte au tabagisme[34]. Un apport financier important a permis l'implantation d'un programme intégré et bien structuré, articulé autour de cibles précises et d'interventions reconnues efficaces.

À la suite de la parution des orientations ministérielles du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005, le plan régional sera révisé afin de respecter les objectifs poursuivis par le ministère concernant la protection des non-fumeurs, l'organisation de services de cessation et l'implantation de programmes de prévention primaire et secondaire.

---

[27] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie.*

[28] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, 1992.

[29] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Gouvernement du Québec, 1994.

[30] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Gouvernement du Québec, 1997.

[31] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Gouvernement du Québec, 2001. ISBN 2-550-38245-5.

[32] LQ1998,c.33. *Loi sur le tabac.*

[33] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Programme régional de santé publique*, 1996.

[34] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Plan d'action de lutte au tabagisme 1998-2002*, 1998.

Tel que prescrit par le Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005, la DSP assurera l'implantation du programme québécois d'abandon du tabagisme.

L'inventaire des ressources et des activités trace un portrait de la situation en Montérégie au regard de la lutte au tabagisme (tableau 4). Les informations ont été tirées du rapport annuel de la Régie régionale[35] ainsi que d'autres sources jugées pertinentes. Seulement les interventions et les services qui présentaient une certaine récurrence, entre autres dans leur financement, ont été retenus.

[35] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *Rapport annuel 1999-2000.*

Tableau 4
Inventaire des activités en matière de tabagisme en Montérégie

AXE D'INTERVENTION	ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES*,**
Implantation de la Loi sur le tabac auprès des milieux visés (LQ1998,c.33)	Service de traitement des demandes d'information de la population	Février 2000 à mars 2001 – promotion auprès des milieux, depuis mars 2001- réponse aux demandes d'information	DSP
	Participation à la promotion de la loi et d'espace sans fumée dans le cadre d'événements régionaux	88 % des 2 678 entreprises rejointes 100 % des écoles, des services de garde à l'enfance et des centres sportifs appliquent les dispositions de la loi qui concernent la protection des non-fumeurs[36]	
Protection des enfants à la FTE (milieu résidentiel non visé par la loi)	Sensibilisation des parents fumeurs (centres de la petite enfance, intervenants œuvrant auprès des femmes enceintes et des nouveaux parents)		DSP
Prévention du tabagisme auprès des jeunes	Implantation et évaluation du programme *La Gang allumée/pour une vie sans fumée* depuis 4 ans dans les écoles secondaires et les maisons de jeunes.	Participation annuelle de 35 % des écoles et des 18 maisons de jeunes dans les 19 territoires de CLSC	Promoteurs : CLSC et OC
	Implantation et évaluation du programme *Méchant problème* auprès des 5e et 6e année du primaire des écoles ayant les plus grands indices de défavorisation.	164 écoles et 9 700 élèves	Promoteurs : Infirmières des CLSC et enseignants
Cessation du tabagisme	Offre de cliniques de cessation du tabagisme[37] et évaluation de processus et d'effets	2 sessions/an/CLSC 5 groupes d'aide/an pour clientèle particulière	Intervenants/CLSC
	Implantation du Programme québécois d'abandon du tabagisme		DSP, CLSC
	Renforcement du *counselling* anti-tabagisme par les médecins de 1re ligne[38]	66 omni/grossesse 146 omni/35 cliniques	DSP Médecin 1re ligne
	Réalisation de la campagne « *Défi : J'arrête, j'y gagne!* » auprès de la population et des entreprises	Entreprise 1,4 % des fumeurs de 15 ans et plus	DSP et Équipe Santé au travail
	Présence dans les médias régionaux lors d'événements spéciaux sur le tabac		DSP
Surveillance	Réalisation d'enquêtes auprès des jeunes sur les connaissances et les attitudes relatives au tabagisme, sur la consommation du tabac		DSP

* Équivalent de 2 temps complet – agents de planification et 0,2TC médecin à la DSP, embauche éventuelle en 2002 d'un équivalent temps complet.

** Budget d'environ 330 000 $ pour l'application du Plan québécois de lutte contre le tabagisme et de 224 000 $ pour l'application du Programme québécois d'abandon du tabagisme.

[36] Poulin C. et al. *Rapport final – Opération des exploitants d'entreprises. Implantation de la Loi sur le tabac*. DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie. Mars 2001.

[37] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Répertoire des ressources en cessation du tabagisme, 1999*.

[38] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Promotion de la prévention clinique : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, 2001.

3.1.3 Le bilan critique

Le PQLC propose des objectifs de santé ainsi que des mesures en matière de tabagisme aux niveaux régional et local qui sont énumérés ci-dessous. Le bilan critique des activités de notre région est basé sur l'écart entre ce qui est proposé par le PQLC et ce qui est réalisé en Montérégie.

OBJECTIFS ET MESURES EN MATIÈRE DE TABAGISME AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET LOCAL – PQLC

Objectifs :

- Que d'ici l'an 2002, la population québécoise âgée de 15 ans ou plus composée de fumeurs habituels ou occasionnels passe de 35,4 % (pourcentage de 1994) à 28 %.
- Que d'ici l'an 2002, on augmente à 75 % la proportion des milieux de travail exempts de la fumée de tabac ambiante, à 75 % dans les lieux publics en général et à 100 % dans les lieux publics fréquentés par les enfants.

Mesures :

- Qu'à l'intérieur d'un contexte général d'écoles sans fumée, des programmes efficaces de prévention de la consommation soient obligatoires pour les élèves du primaire et du secondaire.
- Que chaque région du Québec se dote d'un réseau de services capables de répondre adéquatement aux fumeurs qui veulent cesser de fumer.
- Que des outils, des guides et des services de formation continue appropriée soient mis à la disposition des divers intervenants en vue d'améliorer la qualité des services offerts.

En matière de lutte au tabagisme, tous les objectifs du PQLC sont réalisés ou en voie d'être atteints si on se réfère aux données québécoises disponibles, bien que l'implantation de certaines mesures soient à finaliser (Programme québécois d'abandon du tabac) ou à améliorer (augmenter l'étendue de programmes efficaces en milieu scolaire). Par conséquent, les mesures qui seront réalisées en Montérégie permettront d'actualiser le Plan québécois de lutte contre le tabagisme et de finaliser la mise en œuvre de certaines des recommandations du Programme québécois de lutte contre le cancer.

3.2 L'alimentation et l'obésité

L'alimentation représente en importance la seconde cause modifiable du cancer dans les pays industrialisés. On estime que la mortalité par cancer attribuable à l'alimentation non équilibrée et à l'obésité serait de 30 %. Une alimentation adéquate contribue à réduire l'incidence, non seulement du cancer, mais de nombreuses autres maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète.

3.2.1 L'ampleur du problème

La prévalence de certaines habitudes alimentaires

Les données les plus récentes concernant les habitudes alimentaires des Québécois de 18 à 74 ans proviennent de l'Enquête québécoise sur la nutrition de 1990[39]. Depuis 1971, on note une amélioration de la qualité nutritionnelle des Québécois. Toutefois, celle-ci demeure trop élevée en lipides et en acides gras saturés et trop faible en glucides complexes.

De plus, bien que les vertus protectrices de la consommation de fruits, de légumes et de fibres soient démontrées, leur consommation reste encore trop limitée. Les fruits et les légumes contiennent de nombreux agents inhibiteurs du cancer. Les bénéfices liés à la consommation de ces aliments découleraient également du fait qu'ils sont faibles en énergie et en lipides tout en étant une source importante de fibres. La consommation québécoise moyenne de légumes et de fruits ainsi que la consommation de produits céréaliers ont peu changé depuis 1971. Les données de l'Enquête québécoise sur la nutrition de 1990 montrent que des proportions relativement importantes de régimes incluaient moins de 5 portions de produits céréaliers, que la grande majorité des hommes et des femmes (57 % à 72 %) consommaient chaque jour trois portions de légumes ou moins et finalement que 47 % des hommes de 18 à 34 ans et 40 % des femmes du même âge n'avaient consommé aucun fruit durant la journée de l'enquête québécoise.

La consommation d'alcool, bien qu'elle ne soit pas uniquement considérée comme une habitude alimentaire (consommation lors des repas, utilisation dans la préparation des mets), est traitée dans cette section afin d'alléger l'ensemble du texte sur la promotion de la santé et la prévention du cancer. La consommation d'alcool est associée directement aux décès par cirrhose du foie et par psychose alcoolique et, indirectement, à plusieurs causes dont les cancers du système digestif, les accidents de la route et les suicides. En 1992, considérant une fraction étiologique du risque de 2,1 %, on estimait à 342 le nombre de Québécois décédés d'un cancer associé à l'alcool. Considérant les données de vente d'alcool, après un pic de consommation de 10 litres par adulte à la fin des années 1970, la consommation n'a cessé de diminuer. Actuellement, elle est de 6,8 litres d'alcool absolu par Québécois de 15 ans et plus. Concernant les habitudes de consommation, plus des trois quarts des Montérégiens consomment de l'alcool et cette proportion est la même depuis les 15 dernières années[40].

Plus de la moitié des buveurs de la Montérégie prennent entre zéro et deux consommations par jour, 12,5 % prennent trois à quatre consommations par jour et 10 % en prennent plus de cinq par jour, au moins une fois par semaine.

Les hommes consomment de l'alcool dans une plus forte proportion que les femmes (83 % contre 76 %) et présentent un niveau plus élevé pour tous les indicateurs : fréquence, nombre d'épisodes de consommation excessive, etc. Quant au profil socioéconomique des buveurs, on retrouve davantage de buveurs dans les classes de revenu moyen/supérieur et supérieur.

---

[39] Santé Québec. *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*. Publié sous la direction de Lise Bertrand. MSSS, 1995.

[40] Mongeau Lyne. *La prévention des problèmes reliés à l'alcool : pistes d'action*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. Août 1997. ISBN 2-89342-1000-8.

Le profil de consommation d'alcool chez les jeunes de moins de 15 ans a été documenté par une enquête réalisée auprès de quelque 2 500 élèves fréquentant une quarantaine d'écoles secondaires de la Montérégie[41]. Parmi les élèves de 1re, 3e et 5e année du secondaire, près de deux jeunes sur trois rapportent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête et 23 % des jeunes buveurs ont une consommation d'alcool qualifiée de régulière. La consommation augmente avec le niveau scolaire et double entre la 1re et la 5e année du secondaire, passant de 35 % à 89 %. En se basant sur l'expérience de la 5e année du secondaire, on s'aperçoit que l'initiation à la consommation d'alcool commence très tôt. En effet, 10 % de ceux qui ont déjà consommé de l'alcool déclarent avoir pris leur première consommation avant l'âge de 12 ans. Enfin, 11 % des buveurs du 3e secondaire et 24 % de ceux du 5e secondaire ont une consommation habituelle de cinq verres ou plus et le fait de se saouler souvent ou à toutes les fois qu'ils consomment est un comportement adopté par 33 % des buveurs du 3e secondaire et 39 % des élèves du 5e secondaire.

Au fil des ans, le profil de consommation s'est modifié : on boit moins mais plus souvent et plus régulièrement et, à l'année longue. Les jeunes commencent à boire plus jeunes et consomment beaucoup plus d'alcool durant une même occasion.

La prévalence de l'obésité

L'obésité augmente le risque de développer plusieurs types de cancer (colon, endomètre, ovaire et prostate). Elle est reconnue comme une véritable maladie par les experts de l'International Obesity Task Force (IOTF)[42] et est en grande partie évitable par des modifications du mode de vie accusant une alimentation équilibrée et de la sédentarité.

Au Québec, tout comme dans plusieurs pays industrialisés, la prévalence de l'excès de poids[43] et de l'obésité progresse de façon constante aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Cet accroissement résulte, en grande partie, d'une réaction au contexte dans lequel on vit : restauration rapide, mode d'alimentation où peu de plats sont cuisinés à la maison, familles restreintes avec une organisation du temps moins propice au partage des repas et sédentarité accrue[44].

Entre 1987 et 1998, la proportion des personnes de 15 ans et plus présentant un excès de poids est passée de 19 % à 28 %, représentant une augmentation de 47 % en 11 ans. En 1998, 13 % des Québécois de 20 ans et plus étaient obèses, comparativement à 9 % en 1992-1993[45]. Plus d'hommes que de femmes se situent dans la catégorie de l'excès de poids (32 % versus 24 %) et sont donc plus nombreux à être susceptibles de développer un problème de santé puisque l'excès adipeux chez les hommes est davantage concentré à l'abdomen. Enfin, la proportion de personnes dans la catégorie excès de poids diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente (33 % scolarité plus faible à 24 % scolarité plus élevée).

[41] Bellerose C., Beaudry J., Bélanger S. *Expériences de vie des élèves de niveau secondaire de la Montérégie*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. Avril 2001.
[42] *Rapport des travaux de l'International Obesity Task Force*. OMS 1998.
[43] Selon l'Enquête sociale et de santé du Québec l'excès de poids est basé sur l'indice de masse corporelle (IMC) et correspond à des seuils différents selon les groupes d'âge.
[44] Schafer C., Mongeau L. et coll. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexion pour l'action*. Novembre 2000.
[45] Institut de la statistique du Québec 1998. *Enquête sociale et de santé 1998*. MSSS, Gouvernement du Québec.

De plus, la phobie de l'obésité chez les femmes occidentales entraîne une préoccupation excessive par rapport au poids qui encourage des apports nutritionnels inadéquats réduisant les effets protecteurs des aliments et provoquant des gains ou des pertes de poids portant atteinte à la santé.

Bien que certains auteurs aient démontré que l'excès de poids chez les enfants américains serait en progression depuis 20 ans, aucune donnée québécoise ne permet de connaître la prévalence et les tendances de l'excès de poids chez les enfants et les adolescents du Québec.

LA SÉDENTARITÉ ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les innovations

Les innovations technologiques ainsi qu'une réorganisation du travail et du mode de vie ont eu pour effet de réduire considérablement l'investissement en énergie pour l'accomplissement des tâches quotidiennes et favoriser la sédentarité.

On estime à 5 % la mortalité par cancer attribuable à la sédentarité[46]. Le comité scientifique de Kino-Québec a produit des avis scientifiques qui soutiennent les effets bénéfiques de l'activité physique sur plusieurs indicateurs de santé[47]. Selon ce comité, de nombreuses études ont démontré qu'être physiquement actif, tant au travail que durant ses loisirs, est associé à une diminution du risque de développer le cancer du côlon. Plusieurs recherches mènent à des résultats semblables pour les cancers du sein et de la prostate[48] [49]. L'activité physique apparaît aussi comme un excellent moyen d'augmenter la dépense énergétique quotidienne et contribue, de ce fait, au maintien d'un poids stable. En conséquence, les personnes actives ont moins tendance à prendre du poids et à devenir obèses avec les années. De plus, l'adaptation d'un mode de vie physiquement actif influence positivement d'autres habitudes de vie favorables à la santé.

Suivant les derniers résultats disponibles pour la région, un Montérégien sur deux pratique moins d'une séance d'activités physiques de loisir par semaine et cette proportion a augmenté de façon significative depuis l'enquête de 1992-1993.

La pratique d'activités physiques chez les jeunes tend aussi à diminuer. Particulièrement au début de l'adolescence, un nombre important de jeunes diminuent significativement leur niveau de pratique ou, pire, délaissent complètement l'activité physique[50].

Il est à prévoir que cette tendance se maintiendra puisque avec la réforme de l'éducation, le nombre d'heures consacré à l'activité physique a diminué aux niveaux primaire et secondaire au profit d'autres activités éducatives.

---

[46] Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer*. MSSS, gouv. du Québec. 1997.

[47] Kino-Québec. *Quantité d'activités physiques requise pour retirer des bénéfices pour la santé*. Avis du Comité scientifique. MEQ, gouv. du Québec. 1999.

[48] Marrett L.D., Theis B., Ashbury F.D. *Compte rendu d'un atelier sur l'activité physique et la prévention du cancer*. *Maladies chroniques au Canada*. 2000, 21 : 153-160.

[49] Kino-Québec. L'activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus, avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au Loisir et au Sport, gouv. du Québec, 59p., 2000.

[50] Kino-Québec. *Les jeunes et l'activité physique. Situation préoccupante ou alarmante?* Ministère des affaires municipales, gouv. du Québec. 1998.

3.2.2 La prévention de l'excès de poids et la promotion de saines habitudes alimentaires

En 1977, le ministère des Affaires sociales du Québec publiait « Une politique québécoise en matière de nutrition »[51] qui avait pour but l'amélioration de la santé grâce à l'acquisition de saines habitudes alimentaires. Malheureusement, cette politique fut accompagnée de très peu de moyens et aucun suivi n'a été effectué sur l'application des mesures proposées ni sur leur impact.

En 1996, les axes d'intervention proposés par le Programme régional de santé publique (PRSP)[52] encourageait une alimentation équilibrée ainsi qu'une sécurité alimentaire par l'application de politiques alimentaires et l'offre de soutien alimentaire. Dans les faits, la mise en place des interventions assurant la sécurité alimentaire a été privilégiée. Ceci explique, en partie, le peu d'actions réalisées ciblant spécifiquement la diminution de la consommation de gras et l'augmentation de la consommation de fibres alimentaires, de fruits et de légumes ou l'application d'une politique alimentaire en milieu scolaire. Parallèlement, des interventions ou des programmes visant à développer le potentiel des individus et comprenant un volet information nutritionnelle ont été soutenus financièrement par la DSP. Ils sont ici répertoriés bien que leur impact populationnel soit faible (tableau 5).

Il semble qu'aucun état de la situation générale n'ait été réalisé au Québec quant aux interventions relatives à la problématique du poids et qu'il y aurait peu d'interventions issues du réseau de la santé[53]. Cependant, sans pouvoir les quantifier, nous savons qu'il y a un grand déploiement d'interventions destinées à la perte de poids provenant du domaine privé (centres ou cliniques d'amaigrissement, médecine esthétique, produits amaigrissants en vente libre et substitut de repas, promotion de régimes miracles, etc.) dont les pratiques et l'efficacité douteuses peuvent porter préjudice à la santé des personnes et susciter des inquiétudes au niveau de la santé publique.

En ce qui concerne l'activité physique, la DSP a la responsabilité d'appliquer le programme provincial de Kino-Québec par l'intermédiaire du plan d'action régional[54]. Les stratégies mises en œuvre visent particulièrement le développement d'environnements favorisant la pratique de l'activité physique et la réduction du désengagement de l'activité physique à l'adolescence.

Finalement, concernant la consommation d'alcool, une des stratégies retenue au niveau du PRSP était l'application régionale et locale de mesures visant la réduction de l'accessibilité à l'alcool, soit par l'adoption de politiques municipales ou l'application de législations existantes.

---

[51] *Une politique en matière de nutrition*. Ministère des affaires sociales du Québec. 1977.
[52] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Programme régional de santé publique*. 1996.
[53] Schaefer C., Mongeau L. et col. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. Éléments d'une problématique et réflexion pour l'action*. Novembre 2000. ISBN : 2-9806066-3-4.
[54] *Plan régional d'activités 2001-2002*, région Montérégie. Kino-Québec.

Tableau 5
Inventaire des activités en matière de prévention de l'excès de poids et de promotion de saines habitudes alimentaires en Montérégie

PROMOTION DE SAINES HABITUDES ALIMENTAIRES

Axe d'intervention (mesure)	Activités et services	Couverture	Ressources
1. Activités dans différents milieux en utilisant les moyens disponibles	Informations nutritionnelles aux femmes enceintes, aux futurs parents : périodes pré et postnatales	5 CLSC/19	Nutritionnistes et infirmières des CLSC
	Informations nutritionnelles aux femmes et familles vulnérables à travers les programmes de type OLO	19 CLSC/19	Intervenants de CLSC et OC
	Application d'une politique alimentaire en milieu scolaire : volet : éducation en nutrition volet : « offre d'aliments sains » volet : amélioration des services alimentaires	 5 CLSC/19 2 CLSC/19 0 CLSC/19	Infirmières scolaires des CLSC
	Counselling nutritionnel	6 CLSC/19 environ 400 personnes rejointes /année	Nutritionnistes et diététistes des CLSC
2. Messages éducatifs à l'intérieur du contenu des programmes scolaires	Aucun		
3. Intensification des activités éducatives en milieu de travail	Aucun		
4. Intégration des activités préventives dans les activités cliniques	Aucun		
5. Initiatives de soutien alimentaire	Implantation d'un programme de sécurité alimentaire	3 centres de distribution approvisionnent au total 135 OC 26 OC financés, dont les 3 centres de distribution	Coordination DSP, CLSC et OC Soutien financier SOC, programme clientèle et DSP 742 096 $

RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Axe d'intervention (mesure)	Activités et services	Couverture	Ressources
Réduction de l'accessibilité à l'alcool	Adoption et application de politiques municipales de gestion de l'alcool	Projet pilote auprès de 3 municipalités	DSP – 0,25 TC agent de planification Municipalités, Association des directeurs de police (ADPQ)
	Sensibilisation des commerces aux dispositions légales à l'égard de la vente d'alcool aux jeunes : enquêtes et diffusion des résultats	100 % des commerces	DSP – 0,25 TC agent de planification, CLSC, OC, Régie des alcools, des courses et des jeux, ADPQ et Association des détaillants en alimentation du Québec

PRÉVENTION DE L'EXCÈS DE POIDS ET PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Axe d'intervention (mesure)	Activités et services	Couverture	Ressources
Réduction du désengagement des jeunes vis-à-vis l'activité physique	Promotion de différents programmes s'adressant à la clientèle « jeunesse »		1TC Conseillère Kino-Québec de la DSP
Réduction de la proportion de personnes âgées entre 25 et 44 ans et de 55 et plus insuffisamment actives pour en retirer des bénéfices appréciables pour la santé	Promotion de différents programmes s'adressant à la clientèle « adulte » dans divers milieux dont le milieu de travail et le milieu municipal	800 commandes/Actimètre Soutien de 80 entreprises 8 entreprises/implantation de programme d'activités physiques	1TC Conseillère Kino-Québec de la DSP
	Soutien des organismes mettant en place différentes activités pour la clientèle âgée de 55 ans et plus	49 clubs de marche et 80 groupes Vie Active	1TC Conseillère Kino-Québec de la DSP et allocation PAPA
	Renforcement du *counselling* « activité physique » par les médecins de 1re ligne[55]	113 omni/35 cliniques	DSP et médecins de 1re ligne Budget Kino-Québec 12 000 $ pour l'ensemble des activités en Montérégie
Réduction des effets négatifs d'une préoccupation excessive à l'égard du poids	Sensibilisation et formation à la problématique du poids et à l'image corporelle des intervenants travaillant auprès des jeunes	15 CLSC/19	DSP – Agent de planification
	Mise en place des conditions favorables à l'implantation du programme « Bien dans sa tête et bien dans sa peau »	À venir	DSP et milieu scolaire

[55] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Promotion de la prévention clinique : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*. 2001. ISBN : 2-89342-214-4.

3.2.3 Le bilan critique

Le Programme québécois de lutte contre le cancer propose des objectifs de santé ainsi que des mesures en matière d'alimentation pour les niveaux régional et local qui sont énumérés ci-dessous.

OBJECTIFS ET MESURES EN MATIÈRE D'ALIMENTATION AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET LOCAL

Objectifs de santé :

- Que d'ici l'an 2000, 90 % de la population québécoise consomme quotidiennement cinq portions ou plus de fruits et de légumes;
- Que d'ici l'an 2002, 90 % de la population québécoise consomme quotidiennement six portions de produits céréaliers ou plus.
- Que d'ici l'an 2001, on réduise l'apport en gras alimentaire à une moyenne de 30 % des calories ou moins.

Mesures :

1. Que les autorités du réseau de la santé et des services sociaux de même que les organismes communautaires non gouvernementaux se concertent afin de tirer profit des divers moyens éducatifs disponibles et de les déployer largement dans chacune des régions du Québec.
2. Que soient inclus des messages éducatifs en matière de saines habitudes alimentaires dans le contenu des programmes scolaires.
3. Que soit intensifiées les activités éducatives en milieu de travail.
4. Que les efforts soient accrus en vue de permettre une plus grande intégration des activités préventives dans les activités cliniques des différents intervenants.
5. Que les intervenants des niveaux régional et local mettent en œuvre des mesures visant à faciliter la mise sur pied de cuisines collectives et de jardins communautaires, de programmes de soutien alimentaire en milieu scolaire, d'achat de groupe en milieu populaire ou à favoriser la distribution, à prix modique, d'aliments frais ne répondant pas à des critères de qualité esthétique.

Considérant les recommandations du PQLC en matière d'alimentation, la Montérégie ne rencontre que partiellement les mesures proposées, les mesures 2, 3 et 4 ne bénéficiant d'aucune action connue et les mesures 1 et 5 profitant d'actions réduites.

En effet, l'information nutritionnelle et les messages éducatifs diffusés par les professionnels de la santé (mesure 1) n'ont aucun impact populationnel car ils se limitent à des populations restreintes (femmes enceintes, familles vulnérables) où à des groupes à risque (personnes souffrant de diabète, d'hypercholestérolémie) et ne comprennent aucune action visant à rendre l'environnement favorable à l'adoption de saines habitudes alimentaires.

Les programmes de « sécurité alimentaire » (mesure 5) quant à eux, garantissent aux populations dans le besoin une alimentation de survie mais ne cautionnent pas nécessairement l'accès à des produits alimentaires équilibrés ayant une bonne valeur nutritive et le soutien à des choix alimentaires sains.

Concernant la prévention de l'obésité et la réduction des effets négatifs d'une préoccupation excessive à l'égard du poids, aucune stratégie globale n'a été développée. Les actions concernant la préoccupation excessive à l'égard du poids demeurent limitées et les activités de promotion de l'activité physique sans soutien financier raisonnable ne peuvent seules contrer des problèmes aussi complexes que l'obésité et la sédentarité.

Pour les activités liées à la réduction de la consommation d'alcool, ces dernières peuvent être considérées satisfaisantes d'autant qu'elles sont enrichies par un ensemble de mesures complémentaires déployées auprès des jeunes et soutenues financièrement par le programme « À toute Jeunesse »[56].

3.3 L'environnement

La carcinogenèse résulte d'une succession de mécanismes complexes et intégrés encore mal connus. Les agents cancérigènes ont des propriétés toxicologiques d'induction, de développement des cancers ou même d'inhibition à l'égard d'autres cancérigènes. Le cancer peut survenir après un temps de latence qui se compte généralement en décennies et est rarement consécutif à un seul produit pur. Malgré la complexité du phénomène, il est néanmoins possible d'estimer les risques d'exposition à plusieurs agents cancérigènes ainsi que les conséquences possibles d'intervention préventive.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique québécoise de la santé et du bien-être, en 1995, le Comité de santé environnementale (CSE) du Québec avait reçu du MSSS le mandat de dégager, parmi les cancérigènes environnementaux connus, ceux pour lesquels une intervention préventive serait efficace et envisageable dans le cadre organisationnel et budgétaire actuel du réseau de la santé[57]. Les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le radon et l'amiante étaient perçus comme prioritaires et devaient bénéficier d'interventions menant à une réduction de l'exposition à la source.

3.3.1 L'ampleur du problème

L'amiante

L'amiante est une substance minérale naturelle : bon isolant thermique et acoustique, les fibres d'amiante ont été utilisées pour l'isolation, les joints, les flocages, les dalles, le fibrociment et les textiles. Lorsque ces produits se dégradent en vieillissant, ils peuvent dégager des fibres dans l'atmosphère qui pourraient être inhalées. La taille et la géométrie des fibres sont les principaux facteurs qui déterminent la pénétration de l'amiante et sa distribution dans les voies respiratoires.

L'inhalation de fibres d'amiante expose à des affections diverses dont le cancer du poumon et le mésothéliome (pleural et/ou péritonéal). Toutes les fibres d'amiante sont cancérigènes et les risques de cancer du poumon et de mésothéliome sont d'autant plus importants que les expositions sont élevées et chroniques. L'amiante agit en synergie avec d'autres cancérigènes, la fumée de tabac en particulier, dans l'apparition du cancer du poumon.

[56] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Programme de promotion et de prévention auprès des jeunes de 5-17 ans et leur famille*. 1998.
[57] Comité de santé environnementale au Québec 1995. *L'oncogénèse environnementale au Québec*. Janvier 1996.

Il existe une relation « dose-effet » entre la survenue du cancer et l'exposition à l'amiante en fonction de la durée et de la quantité inhalée. Les personnes ayant le plus grand risque de développer ces maladies sont celles qui ont subi des expositions professionnelles continues.

Non seulement les travailleurs en contact direct avec l'amiante (mineurs, chantiers navals, calorifugeage), mais aussi les travailleurs exposés occasionnellement (métiers du bâtiment, électriciens, carrossiers) sont concernés par les risques. Entre 1988 et 1997, 691 travailleurs ont reçu un diagnostic de maladie professionnelle pulmonaire reliée à l'exposition à l'amiante, soit 378 cas d'amiantose, 191 cas de mésothéliome et 209 cas de cancer pulmonaire. Les sources les plus fréquentes d'exposition étaient les mines et les activités d'entretien et de réparation de produits ou de structures comportant de l'amiante[58]. Sur l'ensemble du territoire de la province, pendant la période de 1982 à 1996, 1 074 nouveaux cas de cancer de la plèvre et 832 nouveaux cas de mésothéliome de la plèvre ont été enregistrés au Fichier des tumeurs du Québec. Le calcul des taux standardisés d'incidence de ces cancers a permis de mettre en évidence un excès significatif chez les hommes résidant en Montérégie comparativement au taux provincial. Ces résultats semblent s'expliquer par une exposition professionnelle subie au chantier naval de Sorel[59]. Toutefois, ce secteur d'activité étant en déclin, on peut considérer que l'exposition est maintenant contrôlée. Par contre, la longue période de latence de ces maladies chroniques suggère que pour les prochaines années les anciens travailleurs soient susceptibles de développer des cancers.

On ne dispose pas, à l'heure actuelle, d'études probantes permettant de juger les effets sur la santé associés aux expositions environnementales passives intramurales et urbaines. Cela concerne, par exemple, les personnes travaillant dans des locaux contenant de l'amiante et celles vivant à proximité de sites industriels. Au Québec, les travaux du Comité aviseur sur l'exposition à l'amiante ont permis d'identifier certains milieux où l'exposition à l'amiante pouvait s'avérer problématique et où il était nécessaire d'intervenir. Les écoles, les hôpitaux, les bâtiments municipaux ainsi que les milieux déjà ciblés par la CSST ont été reconnus.

Les rayons ultraviolets (RUV)

Les cancers de la peau demeurent les cancers les plus fréquents chez l'humain et au cours des 50 dernières années, l'incidence de ces cancers a augmenté de façon importante. L'incidence des mélanomes, le plus agressif des cancers cutanés, double à chaque période de 10 à 15 ans. Selon les statistiques de l'Institut national du cancer du Canada (1996), plus de 61 000 nouveaux cas de cancers cutanés, autres que les mélanomes, et 3 200 nouveaux cas de mélanomes malins sont diagnostiqués chaque année au Canada. Des données épidémiologiques, expérimentales et cliniques ont établi que les rayons UVA, et surtout les UVB, dont la source principale est l'exposition au soleil ou à des radiations artificielles, sont des causes et des agents précurseurs du cancer de la peau. Les mélanomes et les cancers cutanés non mélanocytiques sont attribuables à 90 % aux RUV. Les travailleurs de plein air, plus particulièrement les agriculteurs, présentent des taux de mortalité plus élevés pour les épithéliomas.

[58] Provencher S., DeGuire L. *Étude des nouveaux cas de maladies professionnelles pulmonaires reliés à l'exposition à l'amiante du Québec. 1988 à 1997.* Direction de santé publique de Montréal Centre. 2001.

[59] Lebel G., Gingras S., Levesque B. *Épidémiologie descriptive des principaux problèmes de santé reliés à l'exposition à l'amiante au Québec.* Unité de recherche en santé publique, Centre de recherche du CHUL-CHUQ. Symposium – Amiante, Montréal, 3 décembre 2001.

Le radon

Le radon est un gaz incolore et inodore qui se retrouve dans l'environnement. Il provient de la dégradation de l'uranium présent naturellement dans le sol. On le trouve en grande concentration dans les sols et les roches contenant de l'uranium, du granit, des schistes, du phosphate et dans les sols contaminés par certains types de déchets industriels.

Dans les espaces confinés, où sa concentration peut atteindre des valeurs relativement élevées, l'exposition au radon augmente le risque du cancer du poumon.

Cela a été bien démontré dans des études faites chez les mineurs exposés à des niveaux très élevés. L'effet sur la santé à de faibles niveaux, tels que rencontrés dans les habitations, fait toujours l'objet de controverse. Ce risque pour la santé est fortement influencé par les habitudes tabagiques; de ce fait, la majorité des effets sur la santé devrait survenir chez les fumeurs.

Le radon peut se déplacer à travers les fissures du sol et de la roche sur lesquels les maisons sont construites. Des études indiquent que moins de un dixième de un pour cent de toutes les maisons canadiennes pourraient comporter des teneurs en radon suffisamment élevées pour nécessiter l'étude de mesures de réduction. En Montérégie, des données recueillies à la suite d'un dosage de courte durée (7-12 jours) du radon réalisé dans une quarantaine de maisons (sous-sol) près du Mont Saint-Hilaire, ont révélé que, dans le secteur de l'étude, la moyenne géométrique du niveau de radon était supérieure au niveau moyen provincial mesuré sur une année complète.

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) représentent un groupe de contaminants de l'environnement reconnus prioritaires au Canada. Plus de 100 HAP ont été identifiés, 26 d'entre eux font l'objet d'une surveillance atmosphérique au Canada et plusieurs ont un potentiel cancérigène. La charge atmosphérique en HAP du Québec provient principalement des alumineries et secondairement du chauffage au bois. La surveillance de l'exposition aux HAP des zones limitrophes aux alumineries a été amorcée il y a quelques années par le ministère de l'Environnement du Québec. Le programme a été mis en place pour répondre à des critères de gestion visant la diminution des émissions atmosphériques. Une étude récente menée en Montérégie montre que les niveaux mesurés au pourtour d'une aluminerie sont en deçà des normes environnementales[60].

Les pesticides

Les risques à la santé provenant d'une exposition à long terme à un ou plusieurs pesticides chimiques sont mal connus. Leurs effets toxiques peuvent s'additionner et même se multiplier. Il semble qu'une exposition répétée pendant plusieurs années peut augmenter le risque de développer certains cancers.

La Montérégie est la plus importante région du Québec en termes d'activités agricoles. L'utilisation abusive de pesticides peut contaminer les cours d'eau et la nappe phréatique. La pulvérisation de pesticides entraîne aussi une dérive aérienne pouvant exposer les agriculteurs et les résidants qui demeurent dans l'entourage immédiat.

---

[60] Saint-Amour M., Tremblay C., Jacques L., Weber J.P. *Surveillance biologique de l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques chez des personnes vivant aux environs d'une aluminerie québécoise.* Rev. Epidém. et Santé Publ. 2000 :48; 439-448.

La pomiculture en est un très bon exemple bien que les pomiculteurs tendent à diminuer la quantité de pesticides. L'épandage de ces derniers à plusieurs reprises, du mois d'avril au mois d'août, présente un risque d'exposition pour les populations vivant à proximité des vergers. Les enfants sont particulièrement vulnérables aux pesticides; une étude montérégienne[61] sur l'exposition des enfants aux pesticides utilisés en pomoculture a démontré que généralement les enfants de milieux ruraux (de familles d'agriculteurs notamment) sont plus exposés que ceux en milieu urbain. L'exposition involontaire des enfants aux pesticides est attribuable à la dérive aérienne vers leurs aires de jeux ou à la présence des pesticides à l'intérieur des maisons. Une autre étude descriptive [62], réalisée dans cette région sur la caractérisation de l'utilisation des pesticides en milieu résidentiel (urbain), montre la nécessité de poursuivre les recherches afin de caractériser l'exposition des enfants aux pesticides utilisés à des fins esthétiques en milieu résidentiel, notamment dans les milieux où l'horticulture ornementale est d'importance.

3.3.2 Les mesures de prévention de certains carcinogènes de l'environnement

À la Direction de santé publique, les équipes de santé environnementale et de santé au travail réalisent des activés visant la prévention et le contrôle de l'exposition à certains carcinogènes de l'environnement. Les stratégies retenues et mises de l'avant visent principalement l'analyse des risques pour la santé suivie de mesures de prévention et de contrôle appropriées, la réduction des risques à la source, la surveillance des problèmes de santé liés à l'environnement et la mise en place de plans d'intervention en cas d'urgence. L'inventaire des actions qui a été réalisé fait état des recommandations du programme québécois mais aussi des actions menées dans le but de contrôler l'exposition à d'autres carcinogènes présents dans notre région (tableau 6). Rappelons que dans le champ de la santé au travail, l'exercice de santé publique est régi par la Loi sur la santé et la sécurité au travail[63] et un contrat spécifique entre la Commission de santé et sécurité au travail (CSST). La RRSSS définit la mission de l'équipe de santé au travail comme étant l'amélioration de l'état de santé des travailleurs et la promotion de l'assainissement des milieux de travail. L'équipe de santé au travail, en collaboration avec les sept équipes mandataires des CLSC, intervient prioritairement dans les établissements où les risques pour la santé justifient une intervention préventive, que ces établissements soient dans les secteurs décrétés prioritaires ou non par la CSST.

Depuis 1998, un programme provincial d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles reliées à l'exposition à l'amiante existe et s'applique aux niveaux régional et local. L'application des différentes mesures se fait conjointement par les divers partenaires. Pour sa part, le ministère de l'Éducation, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a mis sur pied un plan d'action pour la gestion sécuritaire de l'amiante dans les écoles. Ce programme fait partie intégrante des recommandations du PQLC et est appliqué par l'équipe de santé environnementale de la DSP.

---

[61] Belleville D., Boudreault D., Carrier G. *Analyse des risques à la santé associés à l'exposition aux organophosphorés utilisés dans les vergers de la Montérégie*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. 1997.

[62] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. *Enquête sur l'utilisation des pesticides utilisés en milieu résidentiel dans la municipalité de Saint-Bruno de Montarville à l'été 2000*. 2001.

[63] *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LRQ; 1979, chap., section 2.1).

Tableau 6
Inventaire des activités en matière d'environnement

Axes d'intervention	Activités/Services	Couverture	Ressources
Éducation populaire	Diffusion d'information sur le cancer de la peau Sensibilisation des campeurs (baigneurs) aux RUV	Inconnu	Fondation québécoise du cancer
	Sensibilisation des CPE aux RUV	100% des campings avec plage	DSP – Santé environnementale
	Réponse à des demandes ad hoc d'information sur le RUV	Parution d'un article dans le bulletin des CPE	DSP – Santé environnementale Dépliant *Le bronzage pourrait avoir votre peau*
Réduction de l'exposition aux cancérigènes en milieu de travail	Sensibilisation du milieu de travail à la présence des cancérigènes et à leurs effets sur la santé	100 % des établissements des groupes prioritaires 1, 2 et 3 avec présence de cancérigènes	DSP et 7 équipes locales des CLSC
	Développement d'une stratégie permettant d'informer les groupes non prioritaires de la présence de cancérigènes et à leurs effets sur la santé		DSP – Santé au travail
	Investigation ad hoc dans les milieux de travail (étude cluster)		DSP – Santé au travail
Réduction de l'exposition à l'amiante dans les écoles où des flocages d'amiante étaient présents	Application et suivi du plan d'action pour la gestion sécuritaire dans 58 écoles ↳ 28 écoles identifiées pour correctifs immédiats ↳ 30 écoles identifiées pour un programme de suivi et d'entretien	Inconnu	DSP – Équipe Santé au travail et CLSC Soutien financier pour les correctifs MEQ
Limitation de l'exposition aux pesticides utilisés en pomoculture	Sensibilisation des populations résidant à proximité des vergers commerciaux ou possédant des pommiers sur leur terrain résidentiel		DSP – MSSS-Nature Action Québec
Connaissance / Surveillance	Documentation des populations susceptibles d'être exposées aux carcinogènes (radon, BPC, pesticides [vergers et horticulture], amiante)		DSP – Équipe Santé environnementale
	Caractérisation des pesticides d'usage domestique et évaluation de l'exposition des enfants		

3.3.3 Le bilan critique

Le Programme québécois de lutte contre le cancer propose comme mesures aux paliers régional et local le contrôle de l'exposition à l'amiante dans les écoles, des activités de sensibilisation aux RUV ainsi que des activités d'évaluation de l'exposition et de recherche concernant certains contaminants qui ont une influence sur l'incidence du cancer.

SYNTHÈSE DES MESURES EN MATIÈRE DE PROMOTION-PRÉVENTION VISANT À RÉDUIRE L'EXPOSITION AUX CARCINOGÈNES DE L'ENVIRONNEMENT

Mesures concernant l'amiante :

- Contrôle de l'exposition à l'amiante dans les écoles.

Mesures concernant les RUV :

- Réduction de l'exposition aux RUV par des activités de renforcement des campagnes de sensibilisation dans chacune des régions.

Mesures concernant les autres agents cancérigènes dans l'environnement :

- Contrôle de l'exposition dans l'air intérieur des composés organiques volatiles dans la construction par le recours à des matériaux inertes ou sécuritaires à cet égard ou par une ventilation adéquate.
- Réduction de l'exposition humaine aux pesticides par des programmes de formation pour les agriculteurs et les utilisateurs commerciaux quant aux techniques d'épandage de pesticides et aux solutions de rechange à coût et à performance comparables.

Dans le champ de la santé environnementale et de la santé au travail, les activités qui sont présentement réalisées en Montérégie, soit l'analyse des risques pour la santé suivie de mesures de prévention et de contrôle appropriées, la réduction des risques à la source et la surveillance des problèmes de santé, font partie de l'agenda quotidien des professionnels de la DSP et rencontrent les recommandations du PQLC. La Montérégie demeure une région proactive au regard de la recherche et de la surveillance de l'état de santé concernant les BPC, les HAP et les pesticides. Toutefois, le renforcement des actions visant à améliorer les connaissances du public sur les dangers du soleil et les moyens de se protéger serait souhaitable.

4 DÉTECTION PRÉCOCE DU CANCER

Le traitement du cancer est souvent plus efficace lorsqu'il est appliqué au début de la maladie. On estime que le tiers des cancers peuvent être guéris par la médecine moderne s'ils sont diagnostiqués de façon suffisamment précoce. L'éducation et le dépistage sont les deux grands moyens d'action qui peuvent être utilisés pour favoriser la détection précoce du cancer.

4.1 Le dépistage opportuniste

Le dépistage opportuniste consiste en la recherche de cancer chez des personnes asymptomatiques, cette recherche étant faite à l'occasion d'une consultation médicale, notamment lors de l'examen médical périodique.

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique[64] (GECEMP) a donc produit en 1994 une mise à jour complète des recommandations concernant les interventions préventives à intégrer à l'examen médical périodique. La mise à jour de ces recommandations est faite périodiquement à la lumière de nouvelles connaissances.

Les principales recommandations quant aux interventions de dépistage du cancer à inclure à l'examen médical périodique, pour des groupes particuliers, sont les suivantes :

Cancer du sein :
- Mammographie et examen clinique (A)[65]
  - femmes âgées de 50 à 69 ans

Cancer du col utérin :
- Test de Papanicolaou (B)
  - femmes

Cancer colorectal :
- Dépistage multiphasique par hémoccult (A)
  - adultes de plus de 50 ans à risque normal
- Sigmoïdoscopie (B)
  - adultes de plus de 50 ans à risque normal
- Coloscopie (B)
  - syndrome de cancer familial
- Sigmoïdoscopie flexible débutant à la puberté, dépistage génétique (B)
  - polypose adénomateuse familiale

Cancer de la peau :
- Examen physique de la peau (B)
  - personnes ayant un parent atteint

[64] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa : approvisionnement et Services Canada, 1994* (mise à jour des recommandations sur le site : www.ctfphc.org.).

[65] Ces recommandations sont établies à partir des travaux du GECEMP. Classement des recommandations : A = preuve suffisante pou inclure l'intervention dans l'examen médical clinique; B = preuve acceptable pour inclure l'intervention dans l'examen médical clinique.

L'enquête sociale et de santé permet[66,67] de connaître certains comportements liés au dépistage opportuniste en Montérégie chez les femmes âgées de 15 ans et plus. Il s'agit du test de Papanicolaou (PAP) qui détecte le cancer du col utérin et de l'auto-examen des seins. En 1998, 46 % des femmes disaient avoir subi un test de PAP au cours de la dernière année alors que 13 % affirmaient ne jamais avoir eu recours à ce test. La situation se compare à celle de la province et est demeurée stable depuis 1987. De plus, les données de l'enquête montrent que le temps écoulé depuis le dernier test de PAP diffère selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, les femmes qui semblent s'être prêtées moins souvent que les autres à cette forme de dépistage du cancer du col de l'utérus sont les femmes les moins scolarisées, celles appartenant à un groupe ethnoculturel minoritaire et les femmes pauvres. Concernant l'auto-examen des seins, qui n'est plus recommandé par le GECEMP, 26 % des femmes disaient ne jamais pratiquer l'auto-examen des seins, tandis que 24 % le pratiquaient rarement.

4.2 Le dépistage systématique

Dans ce type de dépistage, de grandes populations, habituellement définies uniquement en fonction de l'âge et du sexe, sont spécifiquement invitées à la démarche. Ces interventions de dépistage systématique sont généralement réalisées dans le cadre d'un programme, c'est-à-dire d'activités organisées, mobilisant de façon structurée les ressources du système de santé et incluant la coordination des services, la standardisation des activités, le contrôle de la qualité et l'évaluation du programme.

Au Québec, depuis 1998, le réseau de la santé et des services sociaux met en œuvre le Programme québécois de dépistage du cancer du sein dont l'objectif est de réduire le nombre de décès liés à ce type de cancer d'au moins 25 % sur une période de 10 ans. Dans des conditions optimales de réalisation, lorsque des mécanismes de contrôle de la qualité sont appliqués et qu'un taux de participation de près de 70 % des populations visées est atteint, l'ensemble des études indique qu'une réduction de la mortalité annuelle de 40 % peut être obtenue[68]. Les paramètres de base du PQDCS sont définis et évalués au niveau central. Les régies régionales en assument la gestion et l'adaptation tandis que les responsabilités, tant pour son implantation que pour sa réalisation, reposent sur ces deux paliers décisionnels.

En 1997, le Comité québécois de lutte contre le cancer émettait certaines recommandations concernant la mise en place de trois programmes de dépistage systématique pour les cancers du côlon-rectum, du col utérin et de la prostate.

---

[66] Daveluy C., Pica L., Audet R., Courtemanche R., Lapointe F. et al. *Enquête sociale et de santé, 1998. Institut de la statistique du Québec : Québec, 2000.*

[67] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie.*

[68] Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS). *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé.* Montréal 1990.

Ces recommandations se résumaient comme suit :

Cancer colorectal

La mise en place d'activités de dépistage systématique n'était pas recommandée par le Comité québécois de lutte contre le cancer. Le comité suggérait qu'une étude approfondie de l'efficacité et de l'efficience d'un programme de dépistage du cancer colorectal soit effectuée par le CETS[69] dont les travaux[70] conclurent qu'un programme de dépistage systématique du cancer colorectal pouvait réduire de façon significative la mortalité liée à ce type de cancer. Toutefois, certains critères devant être rencontrés, le programme était tenu de respecter les devis d'essais britanniques[71] et danois[72], de s'adresser aux personnes asymptomatiques âgées de 50 à 79 ans et d'inclure dans son protocole une fréquence bisannuelle du test de dépistage basé sur la détection du sang fécal occulte à l'aide de trousses (au gaïac) de prélèvements et d'analyses conçues pour un envoi postal. De plus, la mise sur pied d'un tel programme ainsi que l'exploration d'autres stratégies de dépistage devaient être assujetties à diverses conditions préalables, dont la mise sur pied d'études de faisabilité et d'essais pilotes pouvant valider les paramètres opérationnels dans le contexte québécois.

En conclusion, le CETS précisait qu'il appartenait au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec le Conseil québécois de lutte contre le cancer, de décider de la mise sur pied d'un tel programme.

Cancer du col utérin

La mise sur pied d'un programme de dépistage systématique du col utérin était suggérée par le Comité québécois de lutte contre le cancer dans le but d'accroître l'efficacité des interventions actuelles et de réduire leurs coûts de plusieurs millions de dollars par année. Depuis, une équipe de la DSP de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre travaille à la mise en place d'un programme de démonstration du dépistage systématique du cancer du col utérin. Éventuellement, ces travaux pourront donner lieu à des projets pilotes visant le dépistage de ce siège de cancer.

Cancer de la prostate

La mise en place d'un programme de dépistage du cancer de la prostate basé sur le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) n'était pas recommandée par le Comité québécois de lutte contre le cancer. De plus, ce dernier appuyait les recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique à l'effet d'exclure le dosage de l'APS des mesures préventives intégrées à l'examen médical périodique.

---

[69] Maintenant appelé Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

[70] Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. *Le dépistage du cancer colorectal*. (CETS 99-2 RF) Montréal : CETS, 1999.

[71] Hardcastle J.D., Chamberlain J.O., Robinson M.H.E., Moss S.M., Amar S.S. et al. *Randomised controlled trial of faecal-occult blood screening for colorectal cancer*. Lancet 1996; 348 : 1472-7.

[72] Kronborg O., Fenger C., Olsen J., Jorgensen O.D., Sondergaard O. *Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test*. Lancet 1996; 348 : 1467-71.

Le comité recommandait au Collège des médecins du Québec de concevoir un guide sur l'utilisation du dosage de l'APS afin d'aider les médecins à mieux informer leurs patients. Ce guide intitulé « Dépistage du cancer de la prostate : utilisation de l'APS », a été réalisé et distribué par le Collège des médecins du Québec en 1998[73].

Enfin, le programme d'intervention pour la prévention des maladies professionnelles reliées à l'exposition à l'amiante comprend le dépistage systématique de tous les travailleurs de la construction et de l'entretien. Le dépistage médical des maladies professionnelles pulmonaires est pris en charge par la Régie régionale.

4.3 Les activités favorisant la détection précoce du cancer

L'éducation, le dépistage opportuniste et le dépistage systématique sont les trois stratégies de détection précoce du cancer.

Les efforts d'éducation doivent habiliter les individus à reconnaître certaines anomalies qui pourraient être associées à l'apparition d'un cancer. Enseigner aux gens à apprécier la signification possible de bosses, de plaies, de problèmes digestifs persistants, d'enrouements chroniques et de saignements anormaux et, s'ils en constatent, les amener à consulter rapidement un médecin, pourrait avoir un effet important sur la maladie.

Il est impossible de décrire et de quantifier les activités d'éducation populaire menées auprès des résidants de la Montérégie. De ce fait, nous avons répertorié les moyens par lesquels certaines associations mettent à la disposition de la population de l'information visant à augmenter la connaissance des principaux cancers, de leurs symptômes et des moyens de les prévenir. Nous n'avons aucune façon de connaître l'efficacité de ces actions d'éducation.

Concernant le dépistage opportuniste, aucune étude ne permet de connaître la proportion des médecins de première ligne qui intègrent dans leur pratique les recommandations du GECEMP et aucun programme, à notre connaissance, n'a fait la promotion des mesures à inclure dans l'examen médical. En 1997, quelques CLSC avaient des activités visant à renforcer l'utilisation du test PAP, mais il nous est impossible de savoir si ces activités ont été maintenues.

À propos du dépistage systématique du cancer du sein, nous disposons d'un relevé détaillé des activités qui ont été réalisées. Quant au programme de dépistage médical des maladies professionnelles pulmonaires liées à l'amiante, nous disposons de peu de données, celui-ci en étant à ses débuts.

Le tableau 7 présente le sommaire des activités **favorisant** la détection précoce du cancer en Montérégie.

[73] Collège des médecins du Québec. *Dépistage du cancer de la prostate : utilisation de l'APS*. Montréal, 1998.

Tableau 7
Sommaire des activités favorisant la détection précoce du cancer

AXE D'INTERVENTION : ÉDUCATION POPULAIRE

ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES
Diffusion de guides, de brochures et de dépliants sur les cancers les plus fréquents, les symptômes et les moyens de prévention, sites Internet	Inconnu	Société canadienne du cancer, Fondation québécoise du cancer, Canadian Breast Cancer Foundation
Campagne de sensibilisation à l'auto-examen des seins	Inconnu	Canadian Breast Cancer Foundation et Cie Ford

AXE D'INTERVENTION : DÉPISTAGE OPPORTUNISTE

ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES
Renforcement auprès des intervenants de CLSC de la pratique clinique préventive du test PAP	5 CLSC/19 CLSC[74] (46 % des femmes affirmaient avoir subi un test PAP l'année précédant l'enquête sociale et de santé 1998)	Médecins, infirmières

AXE D'INTERVENTION : DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE : PQDCS

ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES
Recrutement de la clientèle	139 000 femmes ciblées âgées de 50 à 69 – 1re ronde (sept. 1998 à déc. 2000) 15 614 femmes ciblées - 2e ronde	Centre de coordination des services régionaux (CCSR) –DSP Allocation de fonctionnement du CCSR: 778 520 $ récurrent 2,3 médecins TC 0,5 agente d'information TC 0,5 agente de recherche TC 2 agentes de planification TC 1 tech. administration TC 4 secrétaires TC 1 225 médecins participants de 1re ligne
Services de dépistage par mammographie	13 centres de dépistage désignés (CDD)/ 14 prévus 66 305 mammographies (sept. 1998 à déc. 2000) Taux de participation: 54 %	Radiologistes, technologues et personnel des CDD. Manque de radiologistes et technologues Non-disponibilité de mammographe pour l'Hôtel-Dieu de Sorel et le CH de Granby Délai moyen de 12 jours ouvrables d'attente entre l'appel et le rendez-vous Délai prescrit par le PQDCS non respecté dans un CDD Allocation : 305 000 $
Services d'examens complémentaires	6 centres de références accrédités pour investigation désignée (CRID) / 6 prévus 7 293 demandes d'examens complémentaires (sept. 1998 à déc. 2000)	Allocation 540 351 $ - coût de l'accroissement des activités de confirmation diagnostique et des traitements chirurgicaux

[74] Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ, *Portrait des activités de promotion – prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie*. Mars 1998.

AXE D'INTERVENTION : DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE : PQDCS (SUITE)

ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES
Services de suivi de la prise en charge des femmes ayant un résultat anormal	7 293 femmes prises en charge (sept. 1998 à déc. 2000)	Médecins du CCSR
Service téléphonique 1-888 sans frais – information concernant le PQDCS	12 890 appels – 1re ronde de recrutement	CCSR
Services bénévoles d'écoute pour les femmes anxieuses durant la période d'attente de diagnostic	100 % du territoire	14 organismes communautaires et 6 groupes ethno-culturels, Allocation de 61 569 $ et de 17 064 $ récurrente
Services bénévoles de transport	100 % du territoire 68 transports/ 1999-2000 soit 5 % du budget alloué	33 organismes communautaires, allocation financière de 48 469 $
Assurance de la qualité des CDD et CRID (sessions de formation pour les professionnels impliqués dans le PQDCS, formations spécifiques, soutien aux professionnels, maintien des connaissances)	4 000 contacts téléphoniques avec professionnels 402 participants /2 ans 267 omnipraticiens formés (25 %) 15 intervenants psychosociaux des CRID et 45 bénévoles formés Centre de documentation /500 articles	CCSR Table régionale des agents de promotion et de sensibilisation du PQDCS
Promotion du PQDCS	Conférences/ateliers, kiosque d'information – 350 activités locales/10 800 participants Théâtre d'intervention /9 représentations /2 000 spectateurs Agent de promotion/ 19 CLSC	CCSR et Direction des communications Allocation de 135 452 $ récurrente
Services de communication et de soutien continu à l'ensemble des intervenants impliqués	Bulletin d'information trimestriel – 850 intervenants rejoints	CCSR et Direction des communications
Système de contrôle des activités de radiologie, de la performance des professionnels et des normes en vigueur	Rapport individualisé des activités de chacun des radiologistes et des technologues des CDD et CRID	CCSR
Soutien au maintien de l'accréditation	100 % des CDD et CRID/an	CCSR et MSSS

AXE D'INTERVENTION : DÉPISTAGE MÉDICAL DES MALADIES PULMONAIRES PROFESSIONNELLES

ACTIVITÉS ET SERVICES	COUVERTURE	RESSOURCES
Élaboration d'une stratégie de recrutement des travailleurs	En cours	DSP – Équipe de santé au travail
Organisation des services de dépistage	À venir	Clinique mobile de dépistage - CSST – CLSC

4.4 Le bilan critique

À part les activités de sensibilisation et les ressources allouées pour promouvoir le PQDCS, les efforts d'éducation auprès de la population et des professionnels de la santé favorisant la détection précoce du cancer demeurent très limités en Montérégie. Pourtant les résultats de l'implantation du PQDCS en Montérégie montrent qu'il est possible d'impliquer le réseau de première ligne et de sensibiliser une population à utiliser un test de dépistage. Toutefois, l'écart entre l'objectif à atteindre, soit 70 % de taux de participation au programme et celui enregistré en Montérégie de 54 %, demeure important, et d'autres efforts de sensibilisation devront être consentis. L'expérience du projet Promotion de la prévention clinique[75] a aussi démontré que la DSP pouvait investir avec succès dans la promotion des pratiques cliniques préventives auprès des médecins.

L'instauration du programme systématique de dépistage du cancer du sein s'est faite de façon progressive et les responsabilités au niveau régional en Montérégie relèvent du Centre de coordination des services régionaux de la DSP. Un budget récurrent de 1 889 870 $, révisé annuellement par un comité d'experts, a été alloué au développement et à l'implantation du programme et a sans aucun doute été le facteur déterminant du succès de sa mise en œuvre du PQDCS dans notre région. Concernant l'organisation des services, quatorze centres de dépistage désignés offrent les services de dépistage par mammographie et cinq centres de référence pour investigations désignées sur les six prévus sont accrédités et tous offrent des services d'investigation dans le cadre du programme. La consolidation des équipes multidisciplinaires des CRID se poursuit ainsi que le développement de certains autres services afin de rendre accessibles géographiquement la mammographie de dépistage et les examens complémentaires sur l'ensemble du territoire. Lors du suivi de l'implantation du PQDCS, il a été observé que, dans certains centres, les délais d'attente pour investigation étaient trop longs. Le manque d'effectifs en radiologie explique en partie cette observation. Les différentes activités de promotion du programme, dont les activités menées par les agentes de promotion des CLSC, ont sans aucun doute facilité le recrutement de la clientèle ciblée et permis d'atteindre un taux élevé de participation au programme. D'autre part, les services d'écoute pour les femmes vivant de l'anxiété durant la période d'attente du diagnostic et les services de transport bénévole pour les femmes ciblées par le programme voulant se rendre au CDD ou au CRID ont été sous-utilisés. Présentement, une étude est en cours pour connaître les raisons du faible niveau d'utilisation de ces services.

Concernant le dépistage médical des maladies professionnelles pulmonaires, l'organisation des services de dépistage et les coûts engendrés par la dispensation des services relèveront de la CSST. Toutefois, bien que les coûts soient assumés par la CSST, le dépistage des cas de cancer professionnel engendrera une utilisation des services d'investigation, de traitement, d'adaptation et réadaptation et de soutien en Montérégie.

[75] Groulx S., Maâroufi A., Haiek L., Donovan D., Chapuis P. *Promotion de la prévention clinique*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, DSPPÉ. 2001.

Ce bref bilan critique nous amène à identifier quelques zones d'amélioration possibles :

- le développement et la mise en œuvre de programmes d'éducation s'adressant à la population dans le but de l'amener à utiliser rapidement et adéquatement les services de dépistage;
- l'implantation de stratégies visant le renforcement des pratiques préventives recommandées par le GECEMP en matière de dépistage du cancer;
- le renforcement des activités de sensibilisation, le développement de certains services (CRID) et le recrutement de radiologistes et de technologues afin d'offrir les services de dépistage par mammographie et de rejoindre 70 % de la clientèle éligible au PQDCS ;
- le développement et l'implantation d'une stratégie de recrutement des travailleurs à risque de maladies professionnelles pulmonaires.

5 ACTIVITÉS ET FONCTIONNEMENT DES CLINIQUES EXTERNES D'ONCOLOGIE

Les informations présentées dans ce chapitre sont issues d'une étude réalisée en 2001 auprès des cliniques externes d'oncologie de neuf centres hospitaliers[76] [77]. Les dimensions qui ont été étudiées sont le type et la quantité de services et de ressources disponibles, le fonctionnement général des cliniques et les relations qu'elles entretiennent avec les partenaires externes.

L'absence de systèmes d'information structurés au sein des cliniques externes d'oncologie a limité les résultats de l'étude. En effet, il est impossible de connaître le nombre de patients traités, le nombre de nouveaux patients, de quantifier les traitements prodigués et les médicaments utilisés de même que de documenter les pratiques de prescription des médicaments.

Une autre limite méthodologique renvoie au fait que, dans les centres hospitaliers, les activités d'oncologie, quoique proportionnellement plus nombreuses, soient associées à celles de l'hématologie.

Les informations présentées ci-après reflètent l'état de situation des cliniques externes d'oncologie en date du début de l'année 2001. Il est possible que certains changements soient survenus depuis cette période.

5.1 La demande de services : les visites enregistrées

Le nombre de visites enregistrées aux rapports des établissements est la seule mesure disponible et comparable illustrant l'achalandage au sein des cliniques externes d'oncologie.

Pour la période de 2000-2001, 47 209 visites ont été enregistrées dans les cliniques externes d'hémato-oncologie, soit une croissance globale de 22 % de leurs activités comparativement à la période de 1998-1999 (tableau 8). Des variations importantes sont toutefois observées entre les établissements pouvant s'expliquer, en partie, par la disponibilité et la mobilité des ressources médicales. Le départ d'un hémato-oncologue peut faire diminuer considérablement la possibilité pour un établissement de répondre à la demande. Comme on peut le constater, le Centre intégré de lutte contre le cancer en Montérégie (CICM) de l'Hôpital Charles LeMoyne a subi la plus forte hausse, soit 93 %.

[76] *Étude sur les activités des cliniques externes d'oncologie de la Montérégie. Rapport détaillé.* Comité interne de travail. RRSSS de la Montérégie.
[77] On dénombre 10 CHSGS en Montérégie, dont 9 disposent d'une clinique externe d'oncologie.

Tableau 8
Nombre de visites enregistrées dans les cliniques externes d'oncologie de la Montérégie [78]
1998-1999, 1999-2000, 2000-2001

Centres hospitaliers	1998-1999	1999-2000	2000-2001	% de variation 1998-1999 à 2000-2001
Centre hospitalier Anna-Laberge	4 524	5 185	6 294	39 %
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	7 054	7 672	7 378	5 %
Centre hospitalier Pierre-Boucher	4 272	3 472	2 740	- 36 %
Hôpital Brome-Missiquoi-Perkins	2 310	2 768	2 386	3 %
Centre hospitalier de Granby	2 922	3 250	3 586	23 %
Hôtel-Dieu de Sorel	2 787	2 545	2 701	- 3 %
Centre hospitalier régional du Suroît	2 355	2 554	2 772	18 %
Hôpital du Haut-Richelieu	5 307	5 259	5 632	6 %
Hôpital Charles LeMoyne	7 120	8 879	13 721	93 %
Total	38 651	41 584	47 209	22 %

Concernant la provenance de la clientèle, on estime que le rayonnement territorial de la clinique externe se compare à celui de l'établissement pour l'ensemble de ses activités hospitalières.

5.2 L'offre de service

5.2.1 L'accès aux cliniques

Les résidants de la Montérégie peuvent accéder à des services externes d'oncologie dispensés par des cliniques spécialisées localisées dans neuf centres hospitaliers à travers le territoire. Pour les activités de consultation, les cliniques ont des plages de disponibilité variant de 1½ jour à 4½ jours/semaine.

Le nombre d'heures de consultation est fonction de la disponibilité du médecin et du volume des demandes. Pour les activités de traitement, les jours d'ouverture des cliniques varient de 1 à 5 jours/semaine.

Deux cliniques orientent fréquemment les patients vers d'autres secteurs d'activité ambulatoires pour les traitements d'oncologie. L'ensemble des autres cliniques offrent différentes mesures alternatives permettant d'assurer un suivi rapide.

[78] Source : Rapport financier et statistique des établissements. AS-471, centre d'activités 7060. Le tableau initial du rapport sur les cliniques externes d'oncologie a été actualisé pour tenir compte des données récentes couvrant la période 2000-2001. À noter que ces données englobent les activités d'oncologie et d'hématologie.

5.2.2 Les services d'investigation, de diagnostic et de traitement

Les neufs cliniques externes d'oncologie ont accès, dans leur établissement respectif, à l'éventail de services diagnostiques de base tels les laboratoires, la radiologie et les biopsies. Les services d'investigation ayant recours à un appareil de résonance magnétique ou un PET scan ne sont pas disponibles dans les CHSGS de la Montérégie. Les patients sont alors référés à des centres suprarégionaux : Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ou à des cliniques privées[79].

Concernant les traitements usuels de chimiothérapie, toutes les cliniques externes d'oncologie peuvent traiter tous les types de cancer indépendamment du siège de la tumeur. Cependant, les cas de leucémie aiguë sont hospitalisés pour recevoir un traitement intensif et les cas d'oto-rhino-laryngologie qui nécessitent une chirurgie importante et un traitement de radiothérapie sont dirigés vers Montréal.

En termes de type de traitements administrés, les neuf cliniques externes d'oncologie offrent une gamme diversifiée et étendue de traitements. Les cliniques des Centres hospitaliers Anna-Laberge, Pierre-Boucher et du Réseau Santé Richelieu-Yamaska réfèrent des cas aux CLSC pour des services de chimiothérapie à domicile. La clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne offre les thérapies expérimentales (phases II et III). Enfin, les cas nécessitant certains traitements spécialisés, tels la greffe de moelle osseuse, les traitements de curiethérapie, la radiothérapie, les chirurgies complexes et certaines thérapies expérimentales sont référés à Montréal (en majorité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et au Centre hospitalier universitaire de Montréal ou de Sherbrooke).

Il a été rapporté que les hémato-oncologues des neuf cliniques utilisent des protocoles de traitements spécifiques selon l'affection, mais les responsables ne pouvaient confirmer la formalisation systématique de ceux-ci par écrit. D'autre part, la majorité des cliniques disposent de protocoles formalisés de soins infirmiers pour l'administration des médicaments.

5.2.3 Les services de soutien, d'adaptation et de réadaptation

Les services complémentaires au traitement, en matière de soutien, d'adaptation et de réadaptation, demeurent très limités (en quantité, en intensité et en diversité). Seul l'Hôpital Charles LeMoyne dispose d'une gamme relativement complète de services, alors que la clinique du Centre hospitalier Anna-Laberge intègre des services psychosociaux à ses activités.

[79] Depuis février 2002, l'Hôpital Charles LeMoyne dispose d'un appareil de résonance magnétique.

Voici globalement comment se traduit l'offre de service des cliniques externes d'oncologie sur ces dimensions (nombre de cliniques offrant le service) :

- l'information soutenue au patient et à ses proches (9/9);
- le soutien au diagnostic (6/9);
- le groupe de soutien (2/9);
- les séances d'information thématiques (1/9);
- l'intervention psychosociale (2/9);
- les soins infirmiers et l'enseignement (9/9);
- les services de pharmacie (9/9);
- l'ergothérapie sur référence seulement (9/9);
- aucune possibilité de référence de physiothérapie en clinique externe.

Depuis peu, les intervenantes-pivot dispensent un programme structuré facilitant, auprès des patients et de leur famille, les prises de décision au regard de leur maladie et de la promotion de leur santé.

Pour la majorité des cliniques, les patients sont orientés vers d'autres départements du centre hospitalier ou d'autres établissements pour accéder à des services de soutien et à des services psychosociaux. Enfin, les répondants mentionnent que les services de physiothérapie et d'ergothérapie sont rarement requis pour les usagers de leur clinique.

5.2.4 Les soins palliatifs

Cinq des neuf cliniques externes d'oncologie ont accès à des équipes de soins palliatifs au sein de leur établissement (Réseau Santé Richelieu-Yamaska, Centre hospitalier de Granby, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, Hôpital du Haut-Richelieu, Hôpital Charles LeMoyne). Toutefois, le recours à leurs services par l'intermédiaire de la clinique demeure très exceptionnel. Les patients des cliniques externes d'oncologie qui présentent une certaine autonomie fonctionnelle vont généralement choisir, dans un premier temps, de demeurer à domicile. Les liens sont alors établis avec les CLSC et les ressources appropriées du milieu. Les références vers les soins palliatifs se feront ultérieurement au moment où le maintien à domicile ne sera plus possible. Malheureusement, on observe que plusieurs transitions vers les soins palliatifs se réalisent en partance de l'urgence. Dans bien des situations, les soins de fin de vie seront assurés dans le cadre d'une hospitalisation dans une unité régulière de courte durée.

Pour les quatre cliniques qui ne disposent d'aucune équipe de soins palliatifs dans leur établissement, les intervenants ont prévu des mécanismes informels de référence vers des personnes habilitées à assumer un suivi approprié. Au Centre hospitalier Anna-Laberge, on réfère à l'intervenante sociale, à l'agent de pastorale ou à l'infirmière de liaison qui assure les liens avec le CLSC. Au Centre hospitalier Pierre-Boucher, on fait appel à un médecin qui possède une expertise en soins palliatifs de fin de vie et maintient des liens privilégiés avec les ressources du milieu, dont la Maison Victor-Gadbois. À l'Hôtel-Dieu de Sorel, une infirmière de liaison et des médecins de garde assument les références de cas auprès des ressources disponibles. Enfin, au Centre hospitalier régional du Suroît, les références sont faites auprès du CLSC.

5.3 Les ressources disponibles et les conditions d'exercice

5.3.1 Les ressources humaines

Le tableau 9 présente les titres d'emploi les plus fréquemment identifiés, le nombre de personnes affectées à chacune des cliniques et le nombre d'heures travaillées par semaine. On observe que les équipes de base des cliniques externes d'oncologie sont principalement composées de médecins, d'infirmières et de pharmaciens. Comme on peut le constater, cinq des neuf cliniques ne disposent que d'un seul hémato-oncologue. Même dans le cas où l'on dénombre plus d'un médecin, ceux-ci se retrouvent généralement à travailler en solo étant donné qu'ils se relaient en clinique externe, sur les étages, aux laboratoires ou alors dans un autre établissement. Cette situation génère une certaine précarité dans la disponibilité des ressources médicales.

Pour l'ensemble des cliniques externes d'oncologie, 13 pharmaciens sont disponibles et offrent un total de 267 heures par semaine, soit un nombre global d'heures équivalent à celui travaillé par les hémato-oncologues. Huit des neuf cliniques disposent d'un équivalent temps plein ou moins de pharmacien[80]. Seule la clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne dépasse cette mesure avec deux ETP. Au regard du rôle assumé par le pharmacien, soulignons qu'en plus de préparer la médication, plusieurs rencontrent les patients pour leur fournir des explications sur le traitement et ses effets secondaires potentiels et faire de l'enseignement. Cet aspect n'a pas été investigué davantage. Toutefois, sur la base des entretiens réalisés auprès des répondants, la nature et l'intensité des interventions faites par les pharmaciens auprès des patients varient sensiblement d'une clinique à l'autre.

À l'instar des médecins et des pharmaciens, plusieurs infirmières travaillent en solo avec un minimum de personnes substituts. La disponibilité en termes d'heures travaillées se situe entre un et deux ETP pour la majorité des cliniques. Seule la clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne se démarque nettement avec un niveau de ressources infirmières équivalent à 3,5 postes à temps plein.

Au terme des entrevues, il est clairement ressorti que l'absence de secrétaire, de réceptionniste ou de commis au sein des cliniques externes d'oncologie générait un travail supplémentaire pour les professionnels en place. Les données du tableau nous indiquent que trois cliniques seulement disposent en propre d'un service de secrétariat. Quatre autres partagent les services de secrétariat ou de prise de rendez-vous avec les cliniques externes de l'établissement, le centre ambulatoire ou alors la médecine de jour. Dans ces cas, l'essentiel des services fournis se résume à la prise de rendez-vous et à l'accueil initial. Enfin, dans deux cliniques, aucun soutien de secrétariat n'est disponible, ni partagé avec un autre service. Les professionnels en place assument alors le minimum des fonctions de secrétariat requises pour le bon fonctionnement de la clinique.

On constate aussi que la clinique externe d'oncologie de l'Hôpital Charles LeMoyne bénéficie d'une équipe élargie de professionnels dont l'expansion est relativement récente. La clinique du Centre hospitalier Anna-Laberge comprend, dans son équipe de base, une intervenante sociale et une infirmière de liaison à temps partiel. Finalement, toutes les cliniques externes d'oncologie ont une intervenante-pivot dont les coûts sont assumés par les fonds du Réseau cancer Montérégie.

[80] Un ETP correspond à 36,25 heures par semaine (ou 35 selon le titre d'emploi).

En ce qui concerne l'implication des personnes bénévoles au sein des cliniques d'oncologie, on observe un éventail de situations. Au Centre hospitalier Anna-Laberge et à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, les bénévoles sont présents en permanence lors des périodes de traitement. Ils accueillent les patients dans la salle d'attente, leur fournissent des informations sur les ressources du milieu (organismes communautaires ou associations), se rendent disponibles pour répondre à leurs questions, les écouter et leur apporter du soutien. Dans ces deux cliniques, les bénévoles sont bien intégrés à l'équipe de professionnels en place. À l'Hôpital du Haut-Richelieu, il y a une équipe de bénévoles qui assurent une disponibilité d'environ quatorze heures par semaine. Cette équipe est physiquement localisée dans une salle distincte des locaux de la clinique où un salon accueillant y a été aménagé. Ce lieu est strictement réservé à l'échange entre les patients et les bénévoles et n'est pas utilisé à d'autres fins. Au Réseau Santé Richelieu-Yamaska, au Centre hospitalier Pierre-Boucher et à l'Hôtel-Dieu de Sorel, les bénévoles assurent une présence minimale à la clinique aux périodes de traitement. Ils signalent leur présence et leur disponibilité aux patients et leur transmettent des renseignements sur différentes ressources d'intérêt pour eux. Enfin, trois cliniques ne disposent d'aucun bénévole. Il s'agit des cliniques du Centre hospitalier de Granby, du Centre hospitalier régional du Suroît et de l'Hôpital Charles LeMoyne.

Tableau 9
Nombre de personnes (équipe de base) et nombre d'heures travaillées par semaine dans les cliniques externes d'oncologie, Montérégie 2001

Centres hospitaliers	Hémato-oncologues		Pharmaciens		Infirmières		Secrétaires		Bénévoles		Intervenantes-pivot	
	nb	h/s	nb	h/s	nb	h/s	nb	h/s	nb	h/s	nb	h/s
Centre hospitalier Anna-Laberge (1)	3	32	1	35	5	58	1	35	5	29	1	36,25
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	2	40	1	28	2	43,5	1	35	1	7,5	1	36,25
Centre hospitalier Pierre-Boucher	1	18	2	21	2	65,25	s.p.*	-	1	p.m.**	1	36,25
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	1	21	2	37,5	1	37,5	0	0	1	40	1	36,25
Centre hospitalier de Granby	1	10	1	12	1	36,25	s.p.*	-	0	0	1	36,25
Hôtel-Dieu de Sorel	1	21	1	16	1	21,75	s.p.*	-	1	p.m.**	1	36,25
Centre hospitalier régional du Suroît	1	12	1	23,25	2	14,5	s.p.*	-	0	0	1	36,25
Hôpital du Haut-Richelieu	2	25	2	21,75	2	50,75	0	0	3	14,5	1	36,25
Hôpital Charles LeMoyne (2)	4	80	2	72,5	5	126,87	3	105	0	0	1	36,25
Total	**16**	**259**	**13**	**267**	**21**	**454,37**	**5**	**175**	**12**	**91**	**9**	**326,25**

* s.p. : secrétariat partagé avec un autre service
** p.m. : présence minimale

(1) À l'équipe de base du Centre hospitalier Anna-Laberge, s'ajoute un travailleur social à raison de 10 heures par semaine
(2) À l'équipe de base de l'Hôpital Charles LeMoyne, s'ajoutent :
- un travailleur social à 36,25 heures par semaine;
- une diététiste à 36,25 heures par semaine;
- deux psychologues à 72,5 heures par semaine;
- une infirmière clinicienne dont les coûts sont assumés par le CICM

5.3.2 Les problématiques reliées aux ressources humaines

Un certain nombre de problématiques auxquelles sont confrontées les cliniques externes d'oncologie a été relevé. Les responsables des cliniques sont assez unanimes quant aux difficultés suivantes :

- la précarité des ressources humaines en place : il semble difficile de recruter des infirmières pour travailler en oncologie, de les retenir et d'assurer une orientation de base. Le fonctionnement de la clinique repose souvent sur une seule infirmière qui a développé une expertise au fil du temps. La suppléance et le remplacement de celle-ci nécessitent des efforts particuliers. De plus, ces situations exigent de former rapidement les personnes suppléantes qui n'arrivent pas à maintenir actives leurs connaissances étant donné le caractère ponctuel de leur intervention à la clinique. L'insuffisance chronique de personnel infirmier dans au moins trois cliniques exacerbe cette problématique de recrutement;
- l'absence de normes et de standards de pratique concernant les infirmières qui administrent les traitements de chimiothérapie ainsi que l'absence de plan de développement des effectifs en soins infirmiers spécifiques à l'oncologie ne permettent pas de garantir un service équitable;
- le manque de formation continue du personnel œuvrant au sein des cliniques est aussi rapporté. La formation continue se traduit généralement par la participation à un colloque annuel en oncologie. Et encore, suivant les budgets disponibles et les possibilités de remplacement, cette activité ne peut être rendue accessible à l'ensemble du personnel de la clinique. Les hémato-oncologues ainsi que les pharmaciens assurent une certaine mise à jour des connaissances du personnel infirmier en l'informant des nouveaux traitements et des nouveaux procédés d'administration de la médication. Cette situation est en voie de s'améliorer grâce aux sessions de formation qui sont maintenant offertes par l'équipe du CICM rattaché à l'Hôpital Charles LeMoyne. À ce jour, les intervenantes-pivot ont reçu cette formation en oncologie et les commentaires sont très positifs. Tous les répondants souhaitent que ces mesures soient rapidement élargies et adaptées à l'ensemble du personnel de la clinique;
- enfin, parmi les problématiques soulevées, on note l'absence de secrétariat affecté exclusivement à la clinique externe d'oncologie. Cette situation concerne six cliniques sur neuf. Quatre d'entre elles partagent les services de secrétariat avec d'autres centres d'activité connexes (ex.: centre ambulatoire). Dans ce cas, la gestion des dossiers et de l'accueil de patients demeure limitée aux fonctions de base. Deux autres cliniques n'ont aucun service de secrétariat et ne reçoivent aucun soutien des autres centres d'activité. La charge administrative normalement dévolue à cette fonction est alors assumée par les professionnels en place. Il va sans dire que cette situation prive la clinique de ressources professionnelles habilitées à dispenser des traitements.

5.3.3 Les ressources matérielles et les installations physiques

En regard des ressources matérielles, les répondants n'ont pas signalé de problèmes majeurs. Les améliorations souhaitées par certains visent essentiellement à rehausser globalement la qualité de la prise en charge : renouvellement de fauteuils désuets, acquisition de nouvelles pompes à perfusion et d'appareils à pression continue[81].

[81] Les appareils à pression continue permettent une prise des signes vitaux à intervalles réguliers sans déranger le patient pendant le traitement de chimiothérapie. L'infirmière consulte les résultats qui sont imprimés régulièrement et peuvent être directement joints au dossier.

En ce qui concerne les installations physiques et l'environnement général de la clinique, des besoins catégoriques ont été exprimés par huit des neuf cliniques à l'étude. De façon unanime, les répondants ont dénoncé le manque d'espace dévolu à l'ensemble des activités de la clinique. Cela se traduit, entre autres, par l'entassement des patients dans des locaux restreints où l'on ne peut envisager l'ajout de chaises de traitement pourtant nécessaire. Le manque d'espace se traduit également par l'absence ou l'insuffisance de salles fermées devant servir à mettre une civière, à avoir un entretien privé avec le patient et ses proches et à installer l'ensemble du personnel travaillant au sein de la clinique (infirmière, intervenante-pivot, secrétaire, etc). Quatre cliniques ne disposent pas d'une pharmacie sur place pour la préparation des médicaments oncologiques, ce qui exige le transport de ceux-ci d'un service à l'autre. Deux cliniques déploient leurs activités à deux endroits distincts dans l'établissement, soit à la clinique d'oncologie et au centre ambulatoire. Le patient est donc contraint d'être traité par des intervenants différents et dans des lieux distincts. La non-compatibilité des clientèles oncologiques et des centres ambulatoires a été soulevée par les répondants vivant cette situation dans leur établissement. Enfin, certains n'ont pas de salle d'attente propre à la clinique d'oncologie, obligeant les patients quelquefois affaiblis par leurs traitements, à côtoyer les usagers d'autres services, généralement des cliniques externes.

5.3.4 Le fonctionnement des cliniques externes et la prise en charge des patients

L'origine de la demande, conditions préalables et assignation au médecin traitant

Globalement, la clientèle des cliniques externes d'oncologie est référée par un médecin exerçant dans le même établissement. La situation est cependant différente à la clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne où environ 50 % de sa clientèle réside au-delà du secteur de l'hôpital. Une très faible majorité des demandes sont référées par des médecins exerçant en cabinet ou en clinique privée et qui n'ont pas de privilèges de pratique dans un centre hospitalier. D'autre part, les requêtes initiales provenant de médecins de CLSC ou exerçant dans un autre centre hospitalier de la Montérégie ou d'une autre région, demeurent exceptionnelles.

Toutes les demandes de services adressées aux cliniques externes d'oncologie doivent être appuyées par un diagnostic de cancer déjà établi avant la demande de traitement. L'hémato-oncologue peut toutefois procéder à des investigations plus poussées pour soutenir le médecin référant dans l'établissement d'un diagnostic plus précis.

L'assignation des patients se fait essentiellement sur la base du médecin disponible au moment où le patient doit être rencontré ou suivant la charge respective de travail dans les cas où il y a plus d'un hémato-oncologue en fonction.

L'accueil

L'analyse des informations recueillies montre que l'accueil des patients se réalise selon trois scénarios :

- les patients sont accueillis par la secrétaire de la clinique qui assure, suivant une approche individualisée, le cheminement du patient et de son dossier (3/9);
- les patients se présentent au secrétariat général des services ambulatoires où une personne les oriente vers une salle d'attente et annonce leur arrivée à la clinique (4/9);
- les patients sont accueillis par les professionnels en fonction et des bénévoles offrent un service d'accueil (2/9).

Délai de prise en charge

Le délai moyen d'attente entre le moment où la demande de service est adressée à la clinique et le moment de la première visite du patient est inférieur à deux semaines. Aucune liste d'attente n'a été observée au moment de l'étude.

Évaluation des besoins

Concernant l'évaluation des besoins du patient, il y a toujours une évaluation des conditions médicales qui est effectuée par l'hémato-oncologue. Depuis l'arrivée des intervenantes-pivot, une évaluation formelle et exhaustive des besoins psychosociaux est effectuée pour tous les nouveaux patients traités en clinique externe d'oncologie. Le pharmacien couvre l'histoire médicamenteuse du patient, détermine le contenu de la prescription et identifie les effets secondaires potentiels. Dans certaines cliniques, le pharmacien rencontre les patients pour les informer sur la durée et les effets secondaires du traitement.

Plan de traitement

Dans la majorité des cliniques, l'hémato-oncologue est l'unique responsable de l'élaboration du plan de traitement (7/9) et, dans certains cas, il participe à un « comité des tumeurs » (3/7) pour appuyer sa démarche. À l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et à l'Hôpital Charles LeMoyne, une équipe interdisciplinaire participe au plan de traitement et le modèle de ces équipes s'apparente à celui proposé par le PQLC. Dans tous les cas, le patient et ses proches sont invités à prendre part aux décisions relatives au traitement.

Traitement de chimiothérapie

Dans l'ensemble des cliniques, les patients sont traités dès que la chimiothérapie est prescrite par le médecin. La prise en charge est quasi immédiate. Pour les traitements subséquents de chimiothérapie, le délai entre le moment où le patient est sur place, prêt à recevoir le traitement et le début du traitement est inférieur à une heure pour six cliniques et en deçà de 2, 3 et 4 heures pour les trois autres cliniques. Les facteurs qui influencent le délai moyen sont la disponibilité du médecin, l'accès aux résultats de laboratoire, la préparation et le transport du médicament et l'assignation du patient au programme de jour. Tous les traitements de chimiothérapie sont assumés par les infirmières assignées aux cliniques d'oncologie.

Références à l'interne du centre hospitalier

Lorsque le patient requiert des services qui ne sont pas dispensés par les intervenants des cliniques d'oncologie (psychologie, nutrition, ergothérapie) mais qui sont disponibles au sein de l'établissement, une requête est alors acheminée au service concerné dont l'issue n'est pas toujours connue.

Références à l'extérieur du centre hospitalier

Certains patients suivis par les cliniques d'oncologie doivent être référés à d'autres organismes ou à d'autres centres hospitaliers afin d'obtenir des services de soutien au traitement, des services de radiothérapie ou des services spécialisés non disponibles en Montérégie.

De façon générale, les intervenants des cliniques externes d'oncologie ont peu de contacts directs avec les organismes communautaires et bénévoles du milieu ou les diverses associations œuvrant à la cause du cancer et aucune entente formelle n'existe. Cependant, l'ensemble des cliniques distribue ou met à la disposition des patients, dès le début du traitement, de la documentation sur les ressources du milieu et les associations. Les patients font eux-mêmes les démarches pour obtenir des services sauf dans les cliniques où les bénévoles sont très engagés. Ils établissent alors les contacts ou soutiennent les patients dans leurs démarches.

Les patients sont aussi référés au CLSC lorsque des services de soins infirmiers, de suivi de chimiothérapie à domicile ou d'aide aux activités de la vie courante sont requis. Les demandes de services sont initiées par les intervenants des cliniques d'oncologie (2/9) ou l'infirmière de liaison du centre hospitalier (7/9). Le contact initial se fait généralement par téléphone et les informations pertinentes sont par la suite transmises au CLSC concerné. Aucun protocole formel de référence n'existe entre les cliniques externes d'oncologie et les CLSC de la Montérégie. La majorité des répondants (6/9) ne signale aucun problème particulier en regard des références qu'ils adressent aux CLSC. Quelques irritants ont toutefois été signalés, soit : un panier de services hétérogènes, des relations difficiles avec certains CLSC, un délai d'attente trop long pour l'évaluation des besoins du patient à domicile et des différences entre les CLSC en matière d'intervention (offre de service), de disponibilité (plage horaire) et d'habilités du personnel soignant (traitements particuliers auprès des personnes atteintes de cancer).

En terme de références entre les centres hospitaliers, voici globalement le « réseautage » observé.

Toutes les cliniques dirigent les personnes qui doivent subir des traitements de radiothérapie vers les centres hospitaliers de Montréal, surtout le CHUM et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et aussi vers le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Les patients requérant une greffe de moelle osseuse sont orientés, quant à eux, vers l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. À noter que des radio-oncologues se présentent régulièrement à la clinique externe d'oncologie de certains centres hospitaliers de la Montérégie. En plus de partager leur expertise spécifique avec les médecins en place, ceux-ci coordonnent les références adressées à leur propre établissement. Un service semblable est disponible à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, au Centre hospitalier de Granby et à l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Six des neuf cliniques externes d'oncologie rapportent accueillir des patients qui leur sont adressés par des centres hospitaliers de Montréal. Cette situation est très rare et concerne principalement des résidants de la Montérégie qui ont subi une chirurgie ou de la radiothérapie à Montréal et qui poursuivent leurs traitements de chimiothérapie dans leur milieu d'appartenance.

D'autre part, le Centre hospitalier de Granby et l'Hôpital du Haut-Richelieu partagent les services d'un même hémato-oncologue. De ce fait, les patients voulant maintenir en tout temps un lien direct avec le médecin sont référés en conséquence.

Enfin, la clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne reçoit des patients référés par le seul hémato-oncologue du Centre hospitalier Pierre-Boucher, lorsque ce dernier ne peut répondre à la demande ou qu'il requiert une deuxième expertise; de plus, occasionnellement, il reçoit des patients de l'Hôtel-Dieu de Sorel pour un avis médical plus poussé.

Les procédures usuelles de référence entre les centres hospitaliers s'appuient sur une demande de consultation transigée par téléphone ou par télécopieur. Il est fréquent que le lien se fasse de médecin à médecin. Un résumé de dossier est transmis à la clinique d'oncologie qui reçoit le patient référé.

Il n'y a pas de protocole d'entente écrit entre les centres hospitaliers et généralement, les procédures ne présentent pas de problème pour les répondants. Deux d'entre eux ont toutefois indiqué que les informations relatives au patient s'avéraient parfois insuffisantes pour une prise en charge adéquate du patient.

Gestion de l'information clinique et administrative

Toutes les cliniques ont recours au « dossier patient » unique relevant du centre hospitalier et trois d'entre elles ont créé un dossier oncologique parallèle qui permet de noter les informations pertinentes liées au plan de traitement. Dans un cas, on retrouve un « dossier patient » chez le pharmacien qui assure le suivi des patients de la clinique pour les dimensions pharmacologiques.

L'information colligée au dossier comprend en général les données sociodémographiques minimales, les investigations et les examens réalisés, le diagnostic, le plan de traitement, la médication, les demandes de consultation internes ou externes et les interventions réalisées par les professionnels du centre hospitalier, quel que soit son secteur propre d'activité. La majorité des données enregistrées au dossier n'est ni standardisée, ni informatisée.

En ce qui concerne les activités de la pharmacie, sept des neuf cliniques ont leur budget de médicaments centralisé à la pharmacie et une distinction est faite au niveau des coûts associés aux médicaments antinéoplasiques dans l'ensemble de l'établissement.

Au Réseau Santé Richelieu-Yamaska, la clinique gérait son propre budget de médicaments au moment de l'étude mais cette responsabilité devait être transférée durant l'année à la pharmacie de l'hôpital. Enfin, au Centre hospitalier régional du Suroît, la clinique est imputée par le service de la pharmacie des coûts de la médication utilisée par ses patients.

5.4 Les éléments structurants : intervenant- pivot, corridors de services et dossier oncologique

Les éléments structurants ont été identifiés comme des facteurs facilitant l'implantation d'un réseau de services intégrés en oncologie. Cette section fait état de la situation des cliniques externes d'oncologie en regard de l'intervenant-pivot, des corridors de service et du dossier oncologique.

5.4.1 L'intervenant-pivot

Depuis peu, toutes les cliniques d'oncologie bénéficient d'une intervenante-pivot dont le rôle a été défini suivant les recommandations du PQLC, soit :

- guider le patient lors de l'apparition de nombreux et différents symptômes;
- analyser le contexte lors du diagnostic;
- évaluer les besoins du patient et le référer;
- soutenir le patient et ses proches;
- enseigner aux patients et à ses proches;
- coordonner les soins de manière à assurer le suivi du diagnostic jusqu'à l'étape de la guérison ou des soins palliatifs.

Les intervenantes-pivot ont reçu une formation initiale et elles bénéficient, à toutes les six à huit semaines, de rencontres dont l'objet est la mise en commun des expériences de chacune, le partage d'information et l'acquisition de nouvelles connaissances. Dans l'ensemble, elles réussissent à réaliser le mandat qui leur a été confié bien que dans certains centres hospitaliers, la tâche soit plus ardue. Pour huit des neuf cliniques, les intervenantes-pivot expriment ne pouvoir combler les besoins d'aide psychosociale ou nutritionnelle de leurs patients.

Un outil (logiciel de base de données) développé par le centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne[82] permet présentement aux intervenantes-pivot de compiler leurs activités cliniques et de gestion afin de documenter leur travail.

Des besoins en termes de ressources ont clairement été identifiés par les intervenantes-pivot. Chaque clinique devrait pouvoir bénéficier de services psychosociaux et de nutrition afin de répondre aux besoins de la clientèle.

5.4.2 Les corridors de services

Pour l'instant, en Montérégie, il n'y a pas de formalisation des réseaux de références. En effet, le fonctionnement des références entre les centres hospitaliers pour l'accès aux services d'oncologie repose principalement sur des réseaux informels. Il est fréquent que les liens se fassent de médecin à médecin. Il n'y a pas de protocole d'entente écrit entre les centres hospitaliers de la région, ni avec les centres hospitaliers hors territoire.

[82] En avril 2003, l'équipe de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne a produit un rapport préliminaire sur le *Bilan de l'expérience des infirmières pilotes en oncologie de la Montérégie 2001-2003*, Élise Comtois et collaborateurs Greenfield Park, avril 2003, 25 pages.

5.4.3 Le dossier oncologique

En Montérégie, aucune clinique externe d'oncologie ne possède un dossier oncologique unique et informatisé tel que suggéré par le PQLC.

5.5 Le bilan critique

Les informations recueillies auprès des représentants des cliniques externes d'oncologie de la Montérégie ont permis de tracer un portrait relativement complet de ce secteur d'activité et de son mode de fonctionnement.

Il s'agit d'un secteur en pleine croissance au plan de la demande des services. En dépit des équipes restreintes qui assurent le fonctionnement des cliniques externes d'oncologie, on observe actuellement un niveau d'accessibilité fort acceptable. Les patients sont reçus et traités rapidement en regard des traitements de chimiothérapie. Par contre, les aspects psychosociaux demeurent peu couverts dans le processus d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'intervention. L'insuffisance des ressources affectées aux équipes des cliniques pose obstacle à une prise en charge plus globale et systémique ainsi qu'au développement d'une approche interdisciplinaire. Seule la clinique de l'Hôpital Charles LeMoyne, qui assume le rôle de Centre intégré de lutte au cancer en Montérégie, dispose de ressources suffisantes pour mettre en œuvre une telle approche.

Les problématiques reliées au recrutement et à la formation des intervenants ainsi qu'à l'exiguïté des lieux poseront rapidement des contraintes au développement de ce secteur d'activité. La pression est déjà bien ressentie à ce niveau. La stabilisation des équipes de base s'avère non seulement souhaitable, mais essentielle à l'instauration d'une programmation diversifiée de services.

Ces constats trouvent écho dans les souhaits formulés par les répondants. De façon assez partagée, les attentes concernent l'amélioration des aménagements physiques, la stabilisation des ressources humaines (recrutement et formation) ainsi que le développement d'un réseau intégré de services en oncologie. La venue des intervenantes-pivot dans chacune des cliniques est d'ailleurs perçue très positivement, comme une mesure essentielle à l'instauration d'un réseau intégré des services dédiés aux patients atteints de cancer.

Enfin, soulignons que la majorité des personnes œuvrant dans les cliniques externes d'oncologie ont une connaissance assez générale du PQLC, de son implantation en Montérégie ainsi que du rôle devant être assumé par les intervenants-pivot.

6 INVESTIGATION ET TRAITEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Cette section présente, de façon globale, l'ensemble des services qui sont offerts aux personnes atteintes de cancer dans les centres hospitaliers de la région, à l'exception de ceux déployés par les cliniques externes d'oncologie qui vous ont été présentés au chapitre précédent.

Les données traitées sont, pour la majorité, de nature quantitative. Elles sont issues de deux sources. D'abord, nous avons exploité les informations disponibles dans les diverses banques de données disponibles à la Régie régionale, touchant la production des services dans différents secteurs d'activité hospitalière. Puis, dans le but d'approfondir certaines caractéristiques des épisodes de soins des patients traités, nous avons sollicité, à l'aide d'un questionnaire, des informations auprès des gestionnaires des établissements concernés.

Une série de rencontres auprès du personnel engagé dans la dispensation des services d'oncologie en milieu hospitalier a été réalisée entre le 21 février et le 26 avril. Une rencontre a eu lieu dans huit des neuf CHSGS. Dans un premier temps, une lettre a été adressée aux directeurs des services hospitaliers afin de les informer de la démarche. Puis, une communication téléphonique a permis de convenir avec chacun d'eux des modalités d'organisation des visites projetées. Dans chacun des centres hospitaliers visités, tous les professionnels œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer ont été conviés aux rencontres. L'équipe qui a réalisé les entrevues était composée du directeur et de l'infirmière clinicienne du Réseau cancer Montérégie, d'un chirurgien oncologue de l'Hôpital Charles LeMoyne ainsi que du directeur des affaires médicales et de deux agentes de planification de la Régie régionale. Un plan d'entrevue et un outil de cueillette d'information ont été utilisés lors des rencontres. Cette démarche devrait nous permettre d'apporter un éclairage plus qualitatif des services offerts aux personnes atteintes de cancer, à savoir : comment s'effectue la prise en charge et la dispensation des soins en milieu hospitalier, quelles sont les interfaces entre les différents champs d'activité d'un même établissement et quels sont les liens entre les CHSGS et les CLSC.

6.1 Les établissements hospitaliers de la région

En Montérégie, des services d'oncologie sont offerts dans neuf des dix centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Seul l'Hôpital Barrie Memorial (Huntingdon) n'offre aucun service en oncologie. Cet établissement compte 49 lits de soins de courte durée et possède un bassin de population de 8 258 personnes[83]. Les patients atteints de cancer qui s'adressent à cet établissement sont référés à d'autres hôpitaux, surtout ceux de Montréal. Récemment, des difficultés d'accès aux services dans certains hôpitaux de Montréal ont soulevé un questionnement sur les possibilités de créer des corridors de services avec les autres hôpitaux de la Montérégie.

Le tableau suivant présente les CHSGS de la Montérégie qui offrent des services spécialisés en oncologie. Ceux-ci dispensent une gamme variée de services d'hospitalisation en médecine et en chirurgie ainsi que des traitements de chimiothérapie en clinique externe. On retrouve au tableau 10 la municipalité d'emplacement de chaque centre hospitalier, le nombre de lits inscrits à leur permis ainsi que leur bassin de desserte respectif.

[83] Source : Info-Bassins, bulletin no. 4 (version corrigée), MSSS, Août. Bassin de desserte 1999-2000

Tableau 10
CHSGS de la Montérégie offrant des services spécialisés en oncologie

Centre hospitalier	Municipalité	Lits au permis[84]	Bassin de desserte[85]
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	Cowansville	120	44 686
Centre hospitalier de Granby	Granby	137	64 353
Hôpital du Haut-Richelieu	Saint-Jean-sur-Richelieu	309	120 341
Centre hospitalier Anna-Laberge	Châteauguay	225	91 246
Centre hospitalier régional du Suroît	Sallaberry de Valleyfield	219	76 695
Hôtel-Dieu de Sorel	Sorel	151	50 038
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	Saint-Hyacinthe	278	111 642
Centre hospitalier Pierre-Boucher	Longueuil	327	146 495
Hôpital Charles LeMoyne	Greenfield Park	571	187 675

L'Hôpital Charles LeMoyne est le centre hospitalier régional affilié à l'Université de Sherbrooke. On y retrouve le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie et les services surspécialisés en oncologie. La description des services spécialisés offerts par le CICM est présentée à la section 6.5.2.

La situation budgétaire des centres hospitaliers de la région est précaire. L'augmentation des coûts de production (coût de système, croissance des volumes, augmentation des coûts des médicaments, etc.) engendre une pression très importante sur la stabilité financière des CHSGS. Des efforts constants sont déployés pour maintenir l'équilibre budgétaire. À cet effet, soulignons que les centres présentant une situation budgétaire déficitaire ont convenu récemment d'une entente de gestion avec la Régie régionale et le MSSS pour rétablir, d'ici 2003, leur équilibre budgétaire.

Les informations qui suivent démontrent assez nettement que la Montérégie subit une augmentation importante de la demande de services, et ce, pour tous les indicateurs retenus. L'augmentation prévue de la population globale de la Montérégie, du vieillissement de celle-ci et la hausse anticipée du nombre de cancers au cours des prochaines années continueront de faire croître la demande de services, et conséquemment, les coûts associés à la dispensation de ceux-ci.

6.2 Les effectifs médicaux en hémato-oncologie

6.2.1 Les effectifs médicaux disponibles

Le tableau suivant présente la répartition des dix-sept médecins spécialistes en hémato-oncologie qui dispensent des services en Montérégie.

[84] Lits de courte durée au permis des établissements en date du 31 mars 2002.
[85] Source : Info-Bassins, bulletin no. 4 (version corigée), MSSS, Août. Bassin de desserte 1999-2000.

Tableau 11
Nombre de médecins spécialistes en hémato-oncologie dans les CHSGS de la Montérégie
Octobre 2001 à mars 2002

Centres hospitaliers	Nombre d'individus[86]	Présence
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	1	À temps plein
Centre hospitalier de Granby	0,5	Un médecin partage du temps avec l'Hôpital du Haut-Richelieu
Hôpital du Haut-Richelieu	1,5	À temps plein
Centre hospitalier Anna-Laberge	4	En rotation, un médecin sur place 5 jours/semaine et un second à 3 jours/semaine
Centre hospitalier régional du Suroît	1	À temps plein
Hôtel-Dieu de Sorel	1	À temps plein
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	2	À temps plein
Centre hospitalier Pierre-Boucher	1	À temps plein
Hôpital Charles LeMoyne	5	À temps plein
Total pour la Montérégie	**17**	

Depuis 1997, il y a eu un ajout de disponibilité équivalent à 2,6 médecins pour l'ensemble des établissements. Par contre, trois médecins qui travaillaient conjointement à l'Hôpital Charles LeMoyne et au Centre hospitalier Pierre-Boucher sont maintenant rattachés qu'à l'Hôpital Charles LeMoyne, laissant le Centre hospitalier Pierre-Boucher en situation problématique. Le plan régional des effectifs médicaux 2001-2003 prévoit l'ajout d'un seul hémato-oncologue dans la région. La pression est forte sur certains médecins qui œuvrent seuls dans leur établissement et qui souhaiteraient prendre leur retraite, réduire leurs activités ou simplement prendre des vacances. À cet effet, quelques rencontres des hémato-oncologues de la région ont déjà eu lieu pour tenter de trouver des solutions. Aussi, des démarches, menées par le Réseau cancer Montérégie, sont en cours pour évaluer la possibilité d'établir des collaborations assurant une couverture régionale, aider à la mise en place d'équipes locales ou au recrutement d'effectifs.

6.2.2 La production de services d'hémato-oncologues dans les CHSGS de la Montérégie

Les informations relatives au nombre d'individus et au nombre d'équivalents temps plein nous permettent d'apprécier la répartition des ressources médicales dans les CHSGS et de mieux coordonner l'accessibilité aux services sur le territoire.

Le tableau suivant présente, en termes d'ETP, la production de services d'hémato-oncologie observée dans les CHSGS de la Montérégie en 1997-1998 et 1999-2000. Il convient de noter que les données englobent l'ensemble des activités réalisées par les hémato-oncologues, sans distinction du volet spécifique d'oncologie.

[86] Source : Logiciel SIEM : Système d'information des effectifs médicaux. MSSS, trimestre de septembre 2001 et informations fournies par les établissements pour la période d'octobre 2001 à mars 2002.

Tableau 12
Production de services médicaux d'hémato-oncologues dans les CHSGS en ETP[87]
1997-1998 et 1999-2000

Centres hospitaliers	1997-1998	1999-2000	Variation
Centre hospitalier Anna-Laberge	1,07	1,42	32 %
Centre hospitalier régional du Suroît	0,98	0,90	-8 %
Hôpital Charles LeMoyne	3,12	4,40	41 %
Centre hospitalier Pierre-Boucher	1,71	1,96	15 %
Hôtel-Dieu de Sorel	1,01	1,25	23 %
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	1,88	2,33	23 %
Centre hospitalier de Granby	0,67	0,70	6 %
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	0,61	1,21	98 %
Hôpital du Haut-Richelieu	1,99	2,36	18 %
Total pour la Montérégie	**13,08**	**16,56**	**27 %**

Comme on peut le constater au tableau 12, pour la période 1999-2000, le nombre d'ETP observé dans les CHSGS varie de 0,7 (Centre hospitalier de Granby) à 4,4 (Hôpital Charles LeMoyne). La production totale pour cette année s'élève à 16,6 ETP, soit une augmentation de 27 % par rapport à la période précédente. Cette augmentation traduit l'ajout réel de 2,6 médecins spécialistes entre 1997 et 2000.

6.2.3 La consommation des services d'hémato-oncologie par la population montérégienne

La production des services d'hémato-oncologie dans la Montérégie traduit notre capacité à répondre aux besoins de la population de la région dans ce domaine. Toutefois, elle ne reflète que partiellement la consommation réelle faite par la population montérégienne.

Le tableau suivant (13) présente la consommation des services d'hémato-oncologie réalisée en centres hospitaliers par les résidants de la Montérégie. La consommation totale de ce type de services par la population montérégienne s'élève à 28,64 ETP en 1999-2000, dont 15,4 ETP en Montérégie et 13,22 à l'extérieur du territoire (principalement dans les CHSGS de Montréal-Centre).

[87] Source : Logiciel CONSOM, MSSS. Estimation des Équivalents temps plein (ETP) effectués par les médecins selon la facturation moyenne des médecins québécois dans cette spécialité.

Tableau 13
La consommation de services médicaux d'hémato-oncologie dans l'ensemble des CHSGS, par la population de la Montérégie, en ETP[88]
1997-1998 et 1999-2000

	1997-1998	1999-2000	% d'augmentation
En Montérégie	12,62	15,42	22 %
Dans d'autres régions	12,79	13,22	3 %
Consommation totale	**25,41**	**28,64**	**13 %**
Taux de rétention en Montérégie	**50%**	**54%**	

Sur une période de trois ans, la consommation des services en hémato-oncologie par la population de la Montérégie a augmenté de 13 %. Cette augmentation de consommation s'est concentrée essentiellement en Montérégie plutôt qu'à l'extérieur du territoire. Le pourcentage de la population desservie en Montérégie (taux de rétention) est ainsi passé de 50 % à 54 %.

Si on compare la Montérégie aux autres régions du Québec, on constate que les Montérégiens[89] consomment relativement plus de services d'hémato-oncologie que la moyenne et qu'ils doivent aller chercher ces services à l'extérieur de la région, plus que ne le font la majorité des résidants des autres régions.

En effet, l'indice de consommation des services des Montérégiens est passé de 1,059 en 1997-1998 (13e rang sur 18[90]) à 1,117 en 1999-2000 (16e rang sur 18). L'indice 1,00 étant la consommation pour l'ensemble du Québec, on peut conclure que les Montérégiens consomment plus de services que l'ensemble des Québécois et que cette tendance est à la hausse.

Pour ce qui est du taux de rétention relatif aux hospitalisations, en 1997-1998, la Montérégie se classait au 8e rang sur 18[91] avec un taux de rétention de 50 %, se situant entre la région de la Côte-Nord (38 %) et celle de l'Abitibi-Témiscamingue (51 %).

Avec les régions de Lanaudière et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la Montérégie est l'une des trois régions où on a observé une augmentation notable de la desserte des patients dans leur région de résidence au regard des services d'hémato-oncologie. En 1999-2000, le taux de rétention est passé à 54 %, ce qui classe maintenant la Montérégie au 10e rang sur 18 régions.

[88] Source : Logiciel CONSOM, MSSS. Estimation des services d'hémato-oncologues, en ETP, consommés en centre hospitalier par les résidants de la Montérégie. Les services consommés en cabinets privés (0,438 ETP) ne sont pas inclus car non répartis entre les régions.
[89] Voir annexe 3
[90] La 18e région étant celle qui consomme le plus de services.
[91] La 18e région étant celle qui dessert le plus sa population dans sa région de résidence.

6.3 Hospitalisations en soins de courte durée

6.3.1 Le portrait global des hospitalisations en soins de courte durée[92]

En septembre 2001, la Montérégie comptait 1 855 lits dressés pour l'hospitalisation de courte durée dans l'ensemble des dix centres hospitaliers. Entre 1996-1997 et 1998-1999, le nombre d'hospitalisations de courte durée, pour l'ensemble des pathologies, a augmenté de 5 % (tableau 14). En moyenne, les hospitalisations concernent à 96 % la population montérégienne[93].

Tableau 14

Nombre d'hospitalisations et nombre de lits dressés en soins de courte durée dans les CHSGS de la Montérégie

Établissements	Nombre de lits dressés - 2001 [94]	Hospitalisations de courte durée		Augmentation
		1996-1997	1998-1999	
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	215	9 850	11 111	13 %
Hôpital Barrie Memorial	49	1 108	1 134	2 %
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	75	4 022	4 332	8 %
Hôpital du Haut-Richelieu	249	11 223	11 306	1 %
CH de Granby	117	6 166	6 229	1 %
Hôpital Charles LeMoyne	337	13 779	13 661	-1 %
CH régional du Suroît	180	7 373	7 282	-1 %
Hôtel-Dieu de Sorel	134	5 165	5 314	3 %
CH Pierre-Boucher	297	11 175	12 555	12 %
CH Anna-Laberge	202	7 579	8 260	9 %
Total Montérégie	**1 855**	**77 654**	**81 347**	**5 %**

La population montérégienne a consommé, pour sa part, un total de 108 459 hospitalisations de courte durée en 1996-1997 et 109 358 en 1998-1999 (en Montérégie et à l'extérieur du territoire). Le taux de rétention des hospitalisations est passé de 69 % à 72 %, soit une augmentation de 4 % pour cette courte période de trois ans.

[92] Voir à l'annexe 4
[93] Voir à l'annexe 4
[94] Lits dressés en courte durée en excluant la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) en date du 12 septembre 2001 selon le relevé des établissements.

6.3.2 Les hospitalisations reliées au cancer[95]

Tel qu'indiqué au tableau 15, entre 1997-1998 et 1999-2000, le nombre total des hospitalisations reliées au cancer pour la population de la Montérégie a augmenté de 6 %. En réalité, cette augmentation s'est traduite par une hausse de 18 % des hospitalisations en Montérégie et une diminution de 9 % de celles enregistrées dans les autres régions. Cette situation a eu pour effet de rehausser le taux de rétention passant de 55 % à 61 % entre les deux périodes.

Tableau 15
Nombre d'hospitalisations reliées au cancer associées à la population de la Montérégie
1997-1998 et 1999-2000

	1997-1998	1999-2000	% d'augmentation
En Montérégie	4 817	5 664	18 %
Dans d'autres régions	3 930	3 591	- 9 %
Total	**8 747**	**9 255**	**6 %**
Taux de rétention en Montérégie	**55 %**	**61 %**	

L'augmentation de 18 % des hospitalisations dans les centres hospitaliers de la Montérégie est très variable d'un établissement à l'autre et diffère aussi selon le type de cancer. Les centres hospitaliers ayant enregistré les plus grandes augmentations sont le Centre hospitalier de Granby (40 %) et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska (28 %). Par contre, l'Hôpital Barrie Memorial, qui ne pratique que de la chirurgie générale, a vu son nombre d'hospitalisations pour cancer diminuer de 17 %.

De façon générale, les quatre principaux cancers qui génèrent le plus d'hospitalisations, sont ceux du colon-rectum (6 %), du poumon (9 %), du sein (9 %) et de la prostate (11 %).

Il est intéressant de constater que certains établissements ont vu leur profil d'hospitalisations reliées au cancer se modifier avec le temps[96]. C'est le cas de l'Hôtel-Dieu de Sorel qui a hospitalisé moins de personnes atteintes de cancer du poumon et de la prostate et plus de gens atteints de cancer du colon-rectum et du sein. À l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, on observe une diminution du nombre d'hospitalisations reliées au cancer colorectal et une augmentation de celles associées au cancer du poumon, du sein et de la prostate. Une analyse plus approfondie serait nécessaire pour tenter d'identifier les variables associées à ces changements (ex. : disponibilité des médecins).

Tout comme c'était le cas pour la consommation des services des médecins hémato-oncologues, la région présente une dépendance aux autres régions pour les hospitalisations de sa population. En 1994-1995, la Montérégie desservait 53 % de sa population (7e rang sur 18[97]), ce qui la classait, avec les régions périphériques de Montréal, après les régions du Nord-du-Québec (34 %) et le Nunavik (24 %). Depuis, la Montérégie et les trois autres régions périphériques de Montréal-Centre ont augmenté de façon importante le pourcentage d'hospitalisations de leur population dans leur territoire de résidence. Ce taux d'hospitalisation dans la région est passé à 61,6 % pour la Montérégie en 1999-2000 (8e rang sur 18).

[95] Voir l'annexe 5
[96] À ce sujet, voir l'annexe 5
[97] La 18e région étant celle qui dessert le plus sa population dans sa région d'appartenance.

L'augmentation du nombre d'hospitalisations en Montérégie se reflète, bien entendu, par une hausse du nombre de jours d'hospitalisation. Pour les établissements de la Montérégie, le nombre de jours d'hospitalisation s'est accru de 14 % entre 1994-1995 et 1999-2000. La différence entre l'augmentation du nombre de jours d'hospitalisation (14 %) et celle du nombre d'hospitalisations (18 %) est due à une diminution de 4 % de la durée moyenne des séjours, qui est passée de 10,4 à 10 jours. Cette diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers s'est produite essentiellement dans les CHSGS de la Montérégie puisque celle observée pour les hospitalisations hors territoire s'est maintenue à 10,1 jours.

Si on traduit le nombre de jours d'hospitalisation reliée au cancer en lits utilisés, on peut estimer, selon un taux d'occupation de 90 %, que les patients montérégiens ont occupé l'équivalent de 168 lits dans les hôpitaux de la Montérégie en 1999-2000 comparativement à 152 en 1997-1998, soit une hausse de 11 % (tableau 16). La situation est bien différente si l'on examine le nombre de lits qui ont été occupés par les Montérégiens dans les CHSGS des autres régions. On constate alors une diminution de 9 % (11 lits), soit l'équivalent de 110 lits en 1999-2000 comparativement à 121 lits en 1997-1998.

Tableau 16
Estimation du nombre de lits d'hospitalisation de courte durée occupés par des personnes atteintes de cancer [98]
1997-1998 et 1999-2000

	1997-1998	1999-2000	Variation
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	17,7	18,7	6%
Hôpital Barrie Memorial	4,1	3,6	-12%
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	6,2	8,1	31%
Hôpital du Haut-Richelieu	14,9	18,5	24%
Centre hospitalier de Granby	10,0	11,3	13%
Hôpital Charles LeMoyne	29,9	31,1	4%
Centre hospitalier régional du Suroît	14,9	14,2	-5%
Hôtel-Dieu de Sorel	12,6	11,3	-10%
Centre hospitalier Pierre-Boucher	25,4	31,9	26%
Centre hospitalier Anna-Laberge	16,3	19,5	20%
Total Montérégie	**152,0**	**168,2**	**11%**
Centres hospitaliers hors région	**121,4**	**110,4**	**-9%**
Total	**273,4**	**278,6**	**2%**

[98] Voir l'annexe 6

6.3.3 La dispensation des soins et services lors des hospitalisations

Dans la présente section, nous rapportons les informations recueillies auprès des répondants des directions des soins infirmiers des établissements sur différents aspects touchant la dispensation des soins et services sur les unités d'hospitalisation. Ces aspects concernent la disponibilité des lits réservés spécifiquement à l'oncologie, l'utilisation des lits en médecine et en chirurgie par les patients atteints d'un cancer, la présence ou non de personnel dédié à cette clientèle ainsi que l'administration des traitements de chimiothérapie lors de l'hospitalisation.

Les lits réservés aux patients atteints de cancer

Seul l'Hôpital Charles LeMoyne possède des lits réservés aux patients. Présentement, 14 lits sont réservés à cette fin, mais il ne suffisent pas à la demande. Environ 60 % de la clientèle admise dans ces lits provient de l'urgence, 15 % d'une autre unité de soins à l'interne, 10 % provient de la clinique externe et 5 % du domicile. On observe une stabilité parmi le personnel qui œuvre dans cette unité (19 infirmières, 6 préposés et 1 bénévole).

Les autres centres hospitaliers n'ont pas de lits spécifiquement réservés aux personnes hospitalisées pour le traitement d'un cancer. Toutefois, même si les lits ne sont pas réservés à cette clientèle, l'Hôpital du Haut-Richelieu tente de regrouper ces patients dans une unité de 35 lits située au 5^{e} étage.

Il reste donc cinq centres hospitaliers où les patients sont hospitalisés parmi ceux qui le sont en médecine ou en chirurgie. Ils sont traités par l'ensemble du personnel infirmier de l'hôpital qui n'a généralement bénéficié d'aucune formation spécifique abordant les problèmes et les traitements des personnes atteintes de cancer. Dans deux centres hospitaliers, ils sont déplacés à la clinique externe pour recevoir leur traitement.

Six des neuf établissements ont des bénévoles disponibles pour rencontrer les patients et leurs familles lors d'un séjour à l'hôpital.

La prise en charge du patient

De façon générale, les résidants de la Montérégie accèdent aux services hospitaliers sur référence. Les références proviennent des médecins de famille, des généralistes de clinique sans rendez-vous de la région ou de certains spécialistes, tels les gynécologues. Les patients sont alors pris en charge par un médecin spécialiste (chirurgien, hémato-oncologue, etc.) du centre hospitalier.

En ce qui concerne les hospitalisations, la procédure d'admission en médecine varie d'un centre hospitalier à l'autre. Les patients peuvent être admis dans les CHSGS, soit par les généralistes du centre hospitalier où ils seront alors reçus en consultation par l'hémato-oncologue, soit hospitalisés par l'hémato-oncologue. En chirurgie, les patients sont toujours hospitalisés par les chirurgiens.

Dans le cas où les patients présentent des problèmes de santé à la suite des traitements de chimiothérapie ou d'une chirurgie, la prise en charge est quelque peu différente d'un centre hospitalier à l'autre. Dans la plupart d'entre eux, les patients peuvent communiquer avec la clinique externe pendant les heures d'ouverture et obtenir par téléphone une évaluation ou un rendez-vous. L'intervenante-pivot intervient généralement auprès du patient et prend les dispositions nécessaires afin de lui garantir les soins adéquats.

En dehors des heures d'ouverture de la clinique externe, les soirs et les fins de semaine, le patient peut communiquer généralement avec le pharmacien de garde. Dans un des centres hospitaliers, l'intervenante-pivot peut être rejointe 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Lorsque l'état de santé du patient est jugé grave, celui-ci est invité à se présenter à l'urgence où il sera vu par un médecin. L'hémato-oncologue sera contacté au besoin. Par ailleurs, dans un des centres hospitaliers, les patients doivent se présenter à l'urgence peu importe la gravité de leur état de santé. De plus, ils ne pourront être vus par l'hémato-oncologue que sur demande de consultation à l'urgence.

Le plan de traitement

Dans la majorité des hôpitaux (7/8), l'hémato-oncologue et le chirurgien sont responsables de l'élaboration du plan de traitement. Cependant, seulement trois de ces centres ont un comité de thérapie des tumeurs où les cas sont révisés et retenus prioritairements. Une équipe multidisciplinaire existe dans quatre des huit centres visités. Sa composition varie d'un centre à l'autre et elle est indépendante du comité de thérapie des tumeurs dans trois des centres. De façon générale, l'équipe multidisciplinaire analyse les nouveaux cas et revoit les cas problématiques dans le but d'évaluer les besoins et d'entreprendre les démarches nécessaires. Les centres hospitaliers qui n'ont pas d'équipe multidisciplinaire et de comité de thérapie des tumeurs invoquent comme raisons le manque de temps, la non-disponibilité de l'hémato-oncologue et une organisation physique défavorable à la tenue de réunions. Certains centres hospitaliers, pour lesquels les ressources médicales sont limitées, ont montré un intérêt à participer à un comité régional de thérapie des tumeurs qui pourrait les soutenir dans leur démarche.

Le suivi du patient

Après le traitement, les patients sont suivis par l'hémato-oncologue. Dans les cas où une intervention chirurgicale a été nécessaire, le patient est aussi suivi par le chirurgien. Lorsqu'il y a plus d'un spécialiste qui assure un suivi, ce suivi n'est pas nécessairement coordonné et peut s'effectuer à raison d'une à deux fois par année, sur une période de cinq ans et même au-delà. Dans quelques centres où l'hémato-oncologue est seul, les chirurgiens peuvent assumer ce suivi selon des critères préétablis et les référer à l'hémato-oncologue au besoin. Par contre, les médecins de famille sont très rarement impliqués dans le suivi des patients, même dans les centres où les effectifs en hémato-oncologie s'avèrent insuffisants. Plusieurs raisons expliquent cet état de fait : une proportion importante de la population montérégienne n'a pas accès à un médecin de famille; les médecins de famille ont peu d'intérêt pour le suivi de ce type de patients et semblent peu habilités à le faire. Dans les centres où les médecins de famille sont impliqués, les spécialistes continuent à voir les patients.

Les traitements de chimiothérapie

On estime, en moyenne, que seulement 6 % de l'ensemble des traitements de chimiothérapie sont donnés au cours d'une hospitalisation, la majorité de ceux-ci étant dispensée sur une base ambulatoire à la clinique externe.

À l'Hôpital Charles LeMoyne, on administre sur l'unité réservée aux patients atteints de cancer les traitements de chimiothérapie. Ceux-ci sont assumés par des infirmières qui ont reçu une formation spécifique en oncologie, identique à celle offerte aux infirmières de la clinique externe d'oncologie. Le taux de roulement et les congés de maladie du personnel infirmier œuvrant dans cette unité sont moins importants que ceux observés dans les autres unités de l'hôpital.

À l'Hôpital du Haut-Richelieu, l'administration des traitements de chimiothérapie en hospitalisation est réalisée sur l'unité où les patients sont regroupés. Les patients hospitalisés dans une autre unité de l'hôpital y sont transférés pour recevoir leur chimiothérapie. Plusieurs infirmières travaillent dans cette unité mais l'administration de la chimiothérapie est réalisée par des infirmières qui ont reçu une formation sur l'administration des différents protocoles.

Au Centre hospitalier Anna-Laberge, les patients hospitalisés sont systématiquement amenés dans les locaux de la clinique externe pour recevoir leurs traitements. Cette situation est aussi observée au Centre hospitalier de Granby. Toutefois, si la condition du patient fait en sorte qu'il est impossible pour lui de se déplacer, l'infirmière de la clinique externe d'oncologie se rendra sur les étages pour administrer le traitement. Pour les autres établissements, certains patients seront amenés à la clinique externe mais la majorité des traitements de chimiothérapie est donnée sur les étages par l'infirmière qui est alors en fonction. Dans ces situations, l'intervenante-pivot ou le pharmacien soutiennent l'infirmière afin de garantir la qualité de l'acte.

Le choix des cathéters (port-à-cath, pic c-line, grosshung) diffère d'un établissement à l'autre et leur installation se fait, soit par l'anesthésiste, le radiologiste ou le chirurgien, en salle d'opération, en clinique externe de chirurgie ou en radiologie sous guidance ultrason. Dans les situations où les cathéters sont installés en salle d'opération, on observe certains délais pouvant retarder l'administration du traitement. À cause des coûts encourus par l'achat de matériel et l'utilisation de la salle d'opération, un des centres hospitaliers n'installe aucun type de cathéter pour faciliter l'administration des médicaments, réduisant ainsi l'accessibilité au traitement de chimiothérapie par infusion dans sa région.

On observe globalement deux types de pratique quant aux traitements de chimiothérapie. Dans plusieurs centres, l'hémato-oncologue établit un plan de traitement, prescrit les médicaments et voit le patient avant chaque traitement pour l'évaluer et autoriser le traitement. Dans d'autres centres, dans le but d'alléger la charge de travail de l'hémato-oncologue, ce dernier établit le plan de traitement et prescrit les médicaments pour plusieurs traitements. Dans ce cas, le patient est évalué par l'infirmière en oncologie suivant des critères préétablis; elle peut se référer à l'hémato-oncologue, au besoin.

Enfin, les choix des plans de traitement ne semblent pas standardisés entres les établissements.

Les chirurgies

Les chirurgies pratiquées par les centres hospitaliers de la Montérégie, à l'exception de l'Hôpital Charles LeMoyne, sont surtout des chirurgies simples. Les sites de cancer les plus fréquemment traités sont le sein, le colon, la prostate et la vessie. Deux centres pratiquent quelques chirurgies complexes de tumeurs digestives. Le développement du CICM à l'Hôpital Charles LeMoyne (recrutement d'un chirurgien oncologue, d'un chirurgien thoracique et d'un gynéco-oncologue) permet maintenant d'offrir des chirurgies complexes pour les tumeurs thoraciques et gynéco-urinaires en Montérégie. Quelques corridors de référence commencent à s'établir entre le CICM et certains centres hospitaliers pour l'accès aux chirurgies complexes. Toutefois, la majorité des corridors de référence pour les chirurgies est établie depuis de nombreuses années avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital Général de Montréal, l'Hôpital juif de Montréal et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Les procédures de référence se font de médecin à médecin. Lors des entrevues, les délais d'admission pour les chirurgies en centres spécialisés étaient jugés satisfaisants.

Les principaux problèmes soulevés au niveau du personnel infirmier sont les suivants :

- la surcharge de travail des infirmières fait en sorte que le temps disponible pour l'écoute, la relation d'aide et l'intervention auprès des familles est pratiquement nul. On le fera seulement en cas de besoin critique;
- le taux de roulement du personnel infirmier et la perte de l'expertise dus aux mesures récentes de départs volontaires font en sorte que la grande majorité des centres hospitaliers juge ne pas avoir suffisamment de personnel formé en oncologie pour répondre aux besoins des patients.

6.4 Les services complémentaires

6.4.1 L'imagerie médicale

Les services d'imagerie médicale sont utilisés à plusieurs reprises lors du traitement d'un cancer. Ils débutent au moment du dépistage et se poursuivent lors d'examens de suivi plusieurs années après le traitement.

Dans les phases de dépistage et de diagnostic de la maladie, alors que le patient n'est pas identifié comme étant possiblement atteint d'un cancer, celui-ci sera inscrit dans le même processus d'attente que l'ensemble des patients de l'hôpital. Le cas échéant, d'importants délais pourront survenir pour avoir accès à certains examens.

Le tableau 17 présente les différents types d'examens disponibles en Montérégie et les délais d'attente associés aux demandes de patients externes de l'hôpital (patients référés de l'extérieur ou de la clinique externe) qui désirent avoir accès à un examen radiologique.[99]

[99] Voir annexe 7

Tableau 17
Les services et les délais d'accès aux examens

Examens	Nb de CH avec services de radiologie	Délai d'attente moyen pour l'ensemble de la clientèle externe [100]
Radiographie générale	10	0 à 7 jours pour la radiologie générale et moins de 4 semaines pour le fluoroscopie
Mammographie diagnostique	▪ diagnostique : 6 ▪ dépistage : 4	▪ 1 à 5 semaines pour un diagnostic ▪ 5 à 6 semaines pour un dépistage
Angiographie	2	De 1 semaine à 5 mois
Ostéodensitométrie	1	4 mois
Échographie	Selon le type d'examen : 7 à 10 CH	Très variable selon le type d'examen et l'établissement : de 3 jours à plus d'un an
Tomodensitométrie axiale (scan)	Selon le type d'examen : 7 à 8 CH	Très variable selon le type d'examen et l'établissement : de 2 semaines à plus d'un an
Résonance magnétique	1	À l'Hôpital Charles LeMoyne seulement, depuis le 21 février 2002. Délai de plus d'un an
Médecine nucléaire (scintigraphie)	6	Très variable selon le type d'examen et l'établissement : de 1 semaine à plus de deux ans

Les longs délais associés à l'obtention d'un examen d'imagerie médicale peuvent être dus à plusieurs facteurs, dont la disponibilité du personnel médical et technique. À ce chapitre, il faut mentionner que plusieurs établissements de la Montérégie éprouvent actuellement d'importants problèmes d'effectifs médicaux en radiologie.

Un autre facteur important se situe au niveau de la disponibilité des appareils et de la performance de ceux-ci. Au cours des dernières années, d'importants investissements ont été faits pour le renouvellement de l'équipement en radiologie mais il reste encore beaucoup à faire : remplacement d'appareils vétustes, ajout de nouvelles technologies telles les Picture Archiving and Communication System (PACS) (qui pourraient contribuer à une meilleure performance et accessibilité aux services) et la mise en place de trois nouveaux appareils de résonance magnétique autorisés dans la région.

Le dernier facteur qui nous permet d'expliquer ces longues listes d'attente est celui de l'augmentation de la demande pour l'ensemble des examens d'imagerie médicale. Pour donner un aperçu de l'importance de ce dernier facteur, le tableau 18 représente l'augmentation du nombre d'usagers desservis par les centres hospitaliers de la Montérégie entre les années 1997-1998 et 2000-2001. Comme on peut le constater, le nombre d'usagers a augmenté de 16 % à 64 % sur une période de trois ans, selon le type d'imagerie.

[100] Sondage sur les délais d'attente dans les établissements de la Montérégie. Lyne Brisebois, RRSSS de la Montérégie, janvier 2001. Mise à jour des délais pour 8 des 10 CHSGS en février 2002.

Tableau 18
Nombre d'usagers en imagerie médicale et variation entre 1997-1998 et 2000-2001

Modalités d'imagerie	Nombre d'usagers[101]		Augmentation
	1997-1998	2000-2001	
Radiologie générale	374 477	433 496	16 %
Ultrasonographie	137 688	175 018	27 %
Mammographie	8 782	14 370	64 %
Tomodensitométrie	36 188	58 108	61 %
Angioradiologie	7 943	11 515	45 %
Total	**565 078**	**692 507**	**23 %**

Malgré le fait que les centres hospitaliers ont augmenté leur volume de production en imagerie médicale, les listes d'attente pour des examens dits « non urgents » demeurent, dans certains cas, très longues. L'ajout d'appareils devient donc nécessaire, en particulier le scanner.

Il est important de souligner que tous les centres hospitaliers de la région accordent la priorité aux demandes d'examen et facilitent l'accès aux services d'imagerie médicale lorsqu'un médecin soupçonne la présence d'un cancer chez un patient. Toutefois, lorsque le patient est en investigation chez son médecin de famille ou dans une clinique sans rendez-vous, des délais importants peuvent être imposés et des médecins doivent souvent se soumettre à un « magasinage » d'examens pour leurs patients qui présentent un risque de cancer relativement élevé.

Pour les examens de tomodensitométrie, la fiche de renseignements cliniques qui accompagne la demande d'examen est revue par le radiologiste et permet d'identifier les personnes susceptibles d'être atteintes de cancer. Dans certains cas, le radiologiste contactera le médecin requérant pour avoir plus d'informations afin de confirmer la situation d'urgence. À d'autres occasions, les requêtes dont les renseignements sont jugés insuffisants, seront retournées au médecin requérant pour plus d'informations. Il convient de souligner que la fiche de renseignements cliniques, lors de la prescription d'un scanner, devrait être complétée de façon plus adéquate pour assurer la priorité des examens nécessaires à une personne pour qui on redoute un cancer.

Pour les autres modalités d'imagerie, dont l'échographie, la seule façon de diminuer le délai d'attente pour une personne chez qui on suspecte un cancer réside dans un contact direct et personnalisé entre le médecin requérant et le radiologiste.

Pour ce qui est des patients qui sont suivis en oncologie et qui nécessitent un examen radiologique, les informations que nous avons recueillies jusqu'à présent nous permettent de croire que la priorité est donnée à ces demandes et que les patients ne subissent pas de délai.

[101] Source : Rapports statistiques des 10 centres hospitaliers (AS-478).

Les visites effectuées auprès des centres hospitaliers ont permis de constater que l'imagerie par résonance magnétique pose un problème majeur en Montérégie mais, ce n'est pas la modalité d'imagerie la plus utilisée en oncologie. Tous les centres visités ont mentionné des problèmes graves d'accessibilité à ce service tant au niveau du diagnostic qu'au niveau du suivi. De plus, la non-disponibilité de ces appareils dans le réseau public en Montérégie induit un accès inéquitable en Montérégie. En effet, les patients bénéficiant d'assurances personnelles sont référés aux services privés et obtiennent rapidement un examen alors que les autres doivent attendre de huit à douze mois pour en avoir l'accès. Dans des situations exceptionnelles, le centre hospitalier peut hospitaliser les patients et effectuer l'achat du service dans le secteur privé, ce qui occasionne des coûts importants. Depuis peu, l'Hôpital Charles LeMoyne dispose d'un appareil de résonance magnétique. Toutefois, il serait illusoire de croire que cet appareil pourra répondre à la demande croissante de ce service pour l'ensemble de la Montérégie. Trois autres appareils sont nécessaires.

Pour un des centres hospitaliers, l'accès au service d'échographie est problématique. En effet, le manque d'effectifs médicaux en radiologie a des répercussions néfastes sur la réalisation des échographies et l'interprétation des résultats. Selon plusieurs chirurgiens, les délais pour l'obtention de ce type d'examen rendent difficile le suivi correct des patients.

La non-disponibilité de la médecine nucléaire occasionne des désagréments aux patients d'un centre éloigné qui doivent se déplacer pour accéder à ce service.

6.4.2 Les laboratoires

L'ensemble des CHSGS de la région disposent de laboratoires qui effectuent des analyses d'hématologie, de microbiologie et de biochimie. Deux laboratoires n'ont pas de département de pathologie et ont alors recours aux services d'un centre hospitalier situé à proximité.

De façon globale, le nombre d'analyses (en valeur pondérée) réalisées dans les laboratoires de la Montérégie a augmenté de plus de 16 % au cours des trois dernières années, passant de 42,8 millions à 49,7 millions[102] d'analyses.

À ce jour, les établissements ont réussi à répondre à la demande mais l'augmentation significative de celle-ci leur pose des contraintes budgétaires énormes. À cet égard, certains établissements souhaiteraient limiter les demandes de service en mettant des restrictions aux établissements qui effectuent les prélèvements ou en leur retournant une partie de la facture. À moyen terme, ces actions risquent de restreindre l'accessibilité aux services pour les patients atteints de cancer comme pour tous les autres.

Nous n'avons pas quantifié de façon plus précise les services des laboratoires qui sont offerts aux personnes atteintes de cancer, car il est impossible de relier les analyses au diagnostic du patient. Dans le cadre de nos rencontres avec les représentants des CHSGS, aucun délai déraisonnable n'a été rapporté concernant l'analyse des prélèvements faits le matin même d'un traitement de chimiothérapie, la priorité étant accordée aux cas en oncologie.

[102] Source : Rapports annuels (AS-471) et logiciel COMPILAB pour les années 1998-1999 et 2000-2001.

6.4.3 La pharmacie

La problématique du coût des médicaments s'avère très importante dans le dossier de l'oncologie. La disponibilité de nouveaux traitements, conjuguée à l'augmentation du nombre de patients, fait en sorte que tous les établissements voient leurs dépenses pharmaceutiques augmenter en flèche.

Un bref survol des rapports financiers des centres hospitaliers nous indique qu'entre 1998-1999 et 2000-2001, les coûts liés à la chimiothérapie pour la région ont plus que doublé, passant de 2 M$ à 4,2 M$. Sur une période de quatre ans, soit de 1997-1998 à 2000-2001, l'augmentation atteint 187 %. Certains établissements ont vu leurs dépenses augmenter de plus de 400 %[103]. L'utilisation du Herceptin peut entraîner des dépenses de plusieurs milliers de dollars pour le traitement d'un seul patient. Même en faisant usage de ces médicaments de façon judicieuse, pour ne pas dire restrictive, dans un contexte d'équilibre budgétaire et d'entente de gestion, des choix difficiles seront inévitables à très court terme. Certains établissements ont déjà demandé à ce qu'une solution au problème spécifique du coût des médicaments oncologiques, soit proposée dans les plus brefs délais.

6.4.4 Les services d'adaptation et de réadaptation

Tous les centres hospitaliers offrent une gamme de services complémentaires aux soins médicaux et infirmiers. Ces services ont pour but, soit d'aider le patient à mieux s'adapter à sa situation de maladie ou de lui permettre une réadaptation visant une autonomie fonctionnelle optimale. Les services d'adaptation et de réadaptation couvrent un ensemble d'interventions : services psychosociaux, nutrition, psychologie, physiothérapie et ergothérapie. Ces services sont toutefois destinés à l'ensemble des patients des hôpitaux et ne sont pas spécifiquement attitrés aux personnes atteintes de cancer.

La gamme de services complémentaires offerts par les CHSGS aux personnes hospitalisées pour un cancer est très hétérogène. L'intervenante-pivot fait l'évaluation des besoins et achemine une requête aux services concernés. Seulement trois centres hospitaliers, soit le Centre hospitalier régional du Suroît, l'Hôpital Charles LeMoyne et le Centre hospitalier Pierre-Boucher offrent l'ensemble des services de travail social, de diététique, de pharmacie, de psychologie et de soutien. Toutefois, sauf à l'Hôpital Charles LeMoyne, le personnel n'est pas toujours dédié à la clientèle en oncologie. Pour les autres centres hospitaliers, les services les plus fréquemment offerts sont les services de diététique, de pharmacie et, dans une moindre mesure, le service de travail social et de soutien, mais aucune offre de service en psychologie. Trois de ces centres ont recours aux services d'un psychiatre pour les cas d'extrême détresse. L'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et le Centre hospitalier Anna-Laberge disposent d'une équipe de bénévoles qui offre de très bons services de soutien. À l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, l'équipe de bénévoles est intégrée à l'équipe multidisciplinaire. Le Centre hospitalier régional du Suroît projette de mettre sur pied une équipe structurée de bénévoles pour les personnes atteintes de cancer et l'Hôpital Charles LeMoyne y travaille.

Enfin, dans la presque majorité des cas, il est impossible de répondre à la demande de services en travail social, en diététique et en psychologie.

[103] Coûts des médicaments antinéoplasiques. Voir l'annexe 8

Le comité directeur du RCM a récemment pris la décision de mettre en place un projet pilote dans ce domaine pour l'année 2002-2003. Une plage d'un jour par semaine pour les services d'un travailleur social ou d'un psychologue sera réservée à la clientèle oncologique dans chacun des centres hospitaliers. Une intervenante régionale sera aussi disponible en soutien aux établissements. Le projet sera évalué par l'équipe d'évaluation de la Régie régionale.

6.5 Les services surspécialisés

6.5.1 La radiothérapie

En Montérégie, s'il y a un objectif partagé par tous les intervenants, c'est bien la mise en place d'un centre de radio-oncologie. En 1997, lors de l'élaboration du Plan régional de services en cancérologie[104], en 1999 dans le cadre du Plan en santé physique[105] et lors de l'adoption du Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie[106], l'ensemble des intervenants réitéraient la nécessité d'avoir accès, dans la région, à des services de radiothérapie. Le volume de patients concernés (2e région en termes d'incidence) et les contraintes majeures associées à l'accès aux services de radiothérapie justifient une telle orientation. Une demande d'implantation d'un centre de radio-oncologie a donc été présentée au MSSS[107]. L'Hôpital Charles LeMoyne a été identifié pour le développement d'un prochain centre de radiothérapie. Un plan fonctionnel et technique a été déposé au MSSS et à l'heure actuelle, nous sommes dans l'attente d'une autorisation pour procéder aux travaux.

Cependant, certains problèmes persisteront, soit le transport des patients et l'éloignement géographique de certains centres hospitaliers. Les centres périphériques, tels le Centre hospitalier de Granby, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, le Réseau Santé Richelieu-Yamaska et l'Hôtel-Dieu de Sorel ont souligné que le coût du transport est problématique pour de nombreux patients. Bien que le transport soit effectué par des bénévoles, le patient doit assumer les frais d'essence et de stationnement évalués à 40-50 $ pour chaque voyage. De plus, au Centre hospitalier régional du Suroît, les personnes consultées ont affirmé, que pour des raisons purement d'accès géographique, les patients qui devront subir des traitements de radiothérapie continueront d'être dirigés vers les centres de Montréal.

6.5.2 Le Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie

L'Hôpital Charles LeMoyne regroupe l'essentiel des services surspécialisés de la région. Son programme d'oncologie est désigné sous le nom de Centre intégré de lutte contre le cancer de la Montérégie (CICM).

---

[104] Plan de services en cancérologie de la Montérégie. Jean-Yves Gendron en collaboration avec la RRSSS de la Montérégie, janvier 1997, 174 pages.

[105] Plan de soins et services en santé physique en Montérégie, 1999-2002, RRSSS de la Montérégie, mai 1999, 65 pages.

[106] Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie, 1999-2002, RRSSS de la Montérégie, mars 1999, 93 pages.

[107] Demande de services en radiothérapie, Montérégie, RRSSS de la Montérégie, juin 1999, 35 pages.

En plus d'offrir et de développer les services surspécialisés en oncologie, telle la radio-oncologie, le CICM joue un rôle important dans le développement du réseau intégré en assumant des fonctions régionales de concertation, de formation et de recherche. Voici un bref aperçu des projets entrepris et des réalisations depuis la mise sur pied du CICM :

- travaux visant la mise en place d'un centre de radio-oncologie;
- recrutement de nouveaux spécialistes, dont un chirurgien-oncologue et un gynéco-oncologue, qui effectuent certaines interventions complexes qui ne sont pas disponibles dans les autres établissements de la région;
- aménagement d'une plus grande capacité d'accueil pour les personnes suivant des traitements de chimiothérapie. Un grand nombre de traitements dispensés lors d'une hospitalisation le sont maintenant en mode ambulatoire. Le nombre de traitements de chimiothérapie est passé de 2 963 en 1994-1995 à 13 721 en 2000-2001 pour une augmentation 363 %;
- mise sur pied d'un comité de thérapie du cancer pour évaluer et proposer des modalités de traitement (avec la participation du Centre hospitalier Pierre-Boucher). Pour l'instant, le comité n'a pas de portée régionale;
- préparation d'un service de greffes autologues de cellules-souches;
- plusieurs projets de recherche sont présentement en cours au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne ou à la Régie régionale[108];
- la formation régionale pour les intervenantes-pivot et certaines infirmières en oncologie au niveau de l'administration de la chimiothérapie.

L'augmentation et la spécialisation des traitements soulèvent, pour l'Hôpital Charles LeMoyne comme pour tous les autres établissements, des contraintes budgétaires très importantes.

Les personnes œuvrant au Réseau cancer Montérégie travaillent aussi pour le CICM, dans les locaux de l'Hôpital Charles LeMoyne. Le lien entre les deux structures est donc très étroit et le CICM collabore de façon très active à toutes les démarches d'implantation du PQLC.

6.6 Le bilan critique des activités en milieu hospitalier

6.6.1 L'augmentation des besoins de services

À la lumière des informations rassemblées dans le présent chapitre, nous pouvons énoncer quelques grands constats touchant les besoins de services, leur accessibilité et leur mode d'organisation, de même que les impacts financiers anticipés.

L'augmentation de la demande de services (tableau 19) est très importante et, en grande partie, due à l'augmentation du nombre de nouvelles personnes atteintes de cancer. Cette augmentation va se poursuivre avec l'accroissement et le vieillissement de la population montérégienne prévue au cours des prochaines années.

Au cours de la seule période de 1997 à 2000, on remarque une augmentation très importante de la consommation des services par les Montérégiens et de la production des soins et services par les centres hospitaliers de la Montérégie.

[108] Voir section 9.3

Tableau 19

Consommation et production des soins et services dans les CHSGS de la Montérégie

Variation 1997 à 2000

Services	Consommation des services par la population			Production des CH pour toutes les clientèles	Taux de rétention
	En Montérégie	Autres régions	Total		
Médecins spécialistes en hémato-oncologie[109]	+ 22 %	+ 3 %	+ 13 %	+ 27 %	50 à 54 %
Hospitalisations de courte durée[110]	+ 5 %	- 9 %	+ 1 %	+ 5 %	69 à 72 %
Hospitalisations en oncologie[111]	+ 18 %	- 9 %	+ 6 %	N/D	55 à 61 %
Visites en cliniques externes[112]				+ 22 % sur 3 ans + 191% sur 7 ans	
Radiologie[113]				+ 23 %	
Laboratoire				+ 16 %	
Coût des traitements d'oncologie[114]				+ 102 %	

En plus de l'impact lié au nombre de nouveaux cancers, il faudra composer avec l'augmentation de la rétention qui est déjà amorcée et qui s'accentuera sans doute lorsque les services surspécialisés seront disponibles dans la région et que les équipes du réseau cancer seront bien implantées. Plusieurs services ou appuis prendront forme avec la mise sur pied du réseau de services intégrés. Le développement d'un service, comme la radio-oncologie et l'arrivée d'équipes multidisciplinaires aux niveaux local et régional, sera un gain majeur tant pour les patients que pour les cliniciens.

[109] Voir à l'annexe 3
[110] Voir à l'annexe 4
[111] Voir à l'annexe 5
[112] Voir au chapitre 5
[113] Voir à l'annexe 7
[114] Voir à l'annexe 8

6.6.2 L'accessibilité aux services

Plusieurs indicateurs d'utilisation des services nous révèlent une augmentation continue des besoins. Sur cet aspect, nous retenons que :

- la majorité des services pour traiter les personnes atteintes de cancer sont disponibles en Montérégie, et pour l'instant, on réussit à accorder la priorité à la clientèle en oncologie, de sorte que les délais pour obtenir les services sont acceptables de façon générale;
- les Montérégiens consomment plus de services en mode hospitalier que l'ensemble des Québécois et doivent se déplacer à l'extérieur de la région pour le faire, davantage que les autres Québécois;
- la Montérégie possède un centre offrant des services surspécialisés et se positionne actuellement pour élargir sa gamme de services à offrir aux Montérégiens;
- les traitements de radio-oncologie sont inexistants et l'implantation d'un centre de radio-oncologie est une nécessité à court terme.
- l'accès aux examens de résonance magnétique est inadéquat compte tenu de la disponibilité actuelle d'un seul appareil pour toute la région.

6.6.3 L'organisation des services

Les effectifs médicaux spécialisés en hémato-oncologie et en radiologie sont insuffisants. Quatre centres dépendent d'un seul hémato-oncologue et les solutions explorées pour optimiser le rendement de ce dernier (redistribution de certains actes, implication d'autres spécialistes ou généralistes dans le suivi des patients, etc.) demeurent incertaines. En Montérégie, l'implantation du réseau intégré suggéré par le PQLC est perçue par les centres hospitaliers comme un moyen d'accéder éventuellement à des ressources médicales.

On observe un manque de disponibilité en ressources humaines ainsi qu'un manque de formation du personnel infirmier (le temps accordé pour chacune des interventions est au stricte minimum). La solution suivante pourrait être envisagée : regrouper les patients dans des unités prévues à cette fin, où un personnel stable formé et en nombre suffisant, pourrait offrir des services de qualité tant au niveau du traitement que du soutien. Ce mode d'organisation est déjà présent, de façon différente, dans deux établissements de la région et semble porter fruit.

De plus, le manque de ressources psychosociales et de diététiciennes dans presque tous les centres hospitaliers, retarde la mise sur pied des équipes multidisciplinaires telles que proposées par le PQLC et nuit tant à la continuité qu'à l'humanisation des services.

Les corridors de référence entre les centres hospitaliers de la Montérégie sont très limités. Le type de lien le plus fréquent est la référence d'usagers, selon des ententes informelles. Toutefois, on perçoit l'émergence de liens qui convergent vers l'Hôpital Charles LeMoyne. Rappelons que les corridors de service sont établis depuis de nombreuses années avec les centres hospitaliers de Montréal et de Sherbrooke et que les services obtenus sont satisfaisants. Cette situation influencera le processus de développement du réseau de services intégrés dans notre région puisqu'elle impliquera de modifier des pratiques bien établies qui se sont avérées efficaces dans l'obtention des services souhaités.

Enfin, on observe une grande disparité entre les établissements quant aux moyens les plus structurants d'investigation et de traitement suggérés par le PQLC, tels des modes de pratiques standardisées, la continuité des soins, les comités de thérapie des tumeurs, les équipes multidisciplinaires, les indicateurs de performance. Cette situation laisse entrevoir une implantation progressive et non uniforme du réseau intégré de services en oncologie dans notre région.

6.6.4 Les impacts financiers anticipés

L'augmentation anticipée des services aura inévitablement des impacts financiers à la hausse. L'absorption de ces coûts ne pourra se réaliser dans le cadre actuel de dispensation des services et sans nouveaux investissements. Nous croyons que les bases d'organisation proposées par le PQLC nous permettront d'offrir de meilleurs services à un plus grand nombre de patients.

Cependant, il nous semble peu probable que, même avec la mise sur pied de toutes les stratégies mises de l'avant dans le PQLC, notre région puisse absorber des augmentations aussi importantes que celles anticipées. Il suffit de penser à l'ampleur des sommes requises pour supporter la croissance des coûts reliés à la médication oncologique. Des investissements nouveaux seront définitivement requis.

La qualité est un autre grand principe du programme auquel nous souscrivons. À cet égard, nous croyons qu'il faudra investir de façon importante dans la formation du personnel. Nous avons déjà débuté des projets dans ce sens et nous remarquons que les besoins sont largement exprimés à ce chapitre.

7 ADAPTATION, SOUTIEN ET RÉADAPTATION

Le domaine de l'adaptation regroupe les interventions nécessaires aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches pour retrouver un équilibre émotif et social comparable, voire même meilleur, à celui avec lequel ils fonctionnaient avant l'apparition de la maladie. Ces interventions peuvent être de nature éducative, psychosociale ou de soutien.

Le soutien à la personne atteinte d'un cancer est crucial au moment de l'annonce du diagnostic et demeure essentiel tout au long des différentes phases de la maladie.

Les actions visant l'adaptation et le soutien doivent s'inscrire dans une perspective d'approche globale de la personne et de ses proches. Elles doivent réunir, vers des objectifs communs, les interventions du monde médical ou paramédical, du champ psychosocial et du domaine des organismes communautaires ou bénévoles.

Quant à la réadaptation, elle vise essentiellement à permettre à la personne atteinte de retrouver un niveau de capacité physique lui permettant de reprendre ses activités quotidiennes et d'atteindre un degré d'autonomie fonctionnelle optimale. Il s'agit d'interventions professionnelles axées sur l'enseignement d'apprentissages fonctionnels.

Le présent chapitre aborde les domaines de l'adaptation et du soutien sous l'angle particulier des interventions réalisées par les CLSC et les organismes communautaires ou bénévoles. Nous retrouvons dans d'autres sections du présent rapport, couvrant entre autres les cliniques externes d'oncologie et les activités hospitalières, des références à ce type d'intervention qui ne sont pas exclusives à une catégorie d'établissements ou d'organismes.

Il convient toutefois de souligner que peu de données sont enregistrées sur les aspects de l'adaptation et du soutien. La nature qualitative, la multitude des acteurs associés et l'approche globale qui caractérisent ce type d'intervention rendent la description ou la comptabilisation de ces actions plus difficile.

En ce qui a trait à la réadaptation, les résultats de nos recherches nous amènent à conclure que ces services ne sont disponibles que sur référence, soit en milieu hospitalier ou sur une base ambulatoire[115]. Nous n'avons relevé aucun service de réadaptation intégré formellement dans l'épisode de soins des personnes atteintes de cancer. Les répondants consultés ont toutefois mentionné que les patients traités en Montérégie nécessitaient très rarement ce type d'intervention. Il y aurait peut-être lieu de vérifier si certaines pathologies complexes, requérant des services très spécialisés offerts en dehors du territoire, amènent une utilisation plus spécifique des services de réadaptation.

[115] Voir aux chapitres 5 et 6.

7.1 Les services offerts par les CLSC

Les dix-neuf CLSC de la Montérégie dispensent des soins et services de soutien aux personnes atteintes de cancer, quelle que soit la phase de la maladie.

La collecte d'informations réalisée auprès des CLSC a permis à ce jour de tracer que très globalement et de manière quantitative les activités déployées auprès de cette clientèle. Le système d'information clientèle (SIC), en cours d'implantation et de rodage, ne permet pas actuellement de ventiler, par programmes d'activités, les interventions faites auprès des personnes atteintes de cancer. Les seules informations disponibles concernent le nombre d'usagers du CLSC qui présentent un diagnostic de cancer et le nombre d'interventions qui leur sont destinées. Le tableau 20 résume ces données.

Tableau 20
Nombre d'usagers des CLSC ayant un diagnostic de cancer et nombre d'interventions réalisées CLSC de la Montérégie, 1er avril 2000 au 31 mars 2001[116]

CLSC	Nombre d'usagers – interventions différentes	Nombre total des interventions pour le nombre d'usagers
Châteauguay	293	3 054
Du Havre	258	4 564
Des Seigneuries	312	3 930
Huntingdon	111	1 943
CLSC-CSLD de la Haute-Yamaska	439	6 290
Jardin du Québec	140	1 097
Kateri	242	2 829
CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton	67	601
Longueuil-Est	255	4 087
Longueuil-Ouest	350	4 501
CLSC-CHSLD de La Pommeraie	200	2 605
CLSC-CHSLD des Maskoutains	299	3 373
La Presqu'Île	369	4 193
Du Richelieu	202	2 097
Seigneurie de Beauharnois	242	2 613
Samuel-de-Champlain	376	3 575
Saint-Hubert	206	2 220
CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts	460	6 268
CLSC-CHSLD des Patriotes	289	3 154
Total pour la Montérégie	**5 110**	**62 994**

[116] Source : Système d'information clientèle des CLSC (SIC-CLSC)

Comme on peut le constater, pour la période d'avril 2000 à mars 2001, plus de 5 000 personnes atteintes d'un cancer ont reçu des services de tout ordre des CLSC du territoire. Le volume d'interventions quantifiées s'élève à 62 994, soit une moyenne de 12 interventions par usager.

Les dimensions qualitatives de l'offre de service des CLSC ont été documentées à l'aide d'une collecte de données. Au moment de la rédaction de ce document, 14 des 19 CLSC avaient répondu au questionnaire.

7.1.1 L'origine de la demande et la prise en charge

Globalement, la clientèle atteinte d'un cancer est référée aux CLSC par l'intervenante-pivot ou l'infirmière de liaison des centres hospitaliers. Une très faible proportion est référée par les CHSLD ou les cabinets privés.

Les demandes de services sont adressées à l'accueil du CLSC et doivent être accompagnées d'un résumé du dossier médical ainsi que du contenu des informations déjà communiquées au patient. Les services sont principalement dispensés sous la responsabilité des services de soutien à domicile (13/14) et des services courants (4/14).

7.1.2 La nature des services offerts

Les traitements de chimiothérapie

Neuf des quatorze CLSC répondants collaborent au traitement de chimiothérapie 5FU. Ils dispensent aussi les traitements d'Aredia (11), de Zometa (7), de médications intramusculaires (11) et d'hormonothérapie (13) lorsque prescrits par le médecin. Huit CLSC disposent de protocoles écrits avec le centre hospitalier pour l'administration de certains traitements (Aredia). Plusieurs difficultés liées à ces types de traitement ont été mentionnées, soit l'absence de protocole de soins ou l'utilisation de protocoles non standardisés, un manque de connaissance et de savoir-faire concernant l'administration de certains traitements de chimiothérapie par le personnel infirmier du CLSC, la non-disponibilité de médicaments et le manque de savoir-faire dans la préparation de la médication (ex. : pompe infuseuse) par la pharmacie communautaire en sous-région.

Les équipements spécialisés requis pour les traitements sont variables d'un centre hospitalier à l'autre et ne sont pas toujours disponibles au CLSC alors que les clients n'ont pas toujours les moyens de financer les équipements prescrits. Le coût des médicaments de chimiothérapie est assumé par le centre hospitalier qui réfère le client. Cependant, les clients doivent assumer les coûts des autres médicaments pénalisant alors les clients à faible revenu dont l'assurance médicament ne couvre que 80 % des coûts.

Les services complémentaires

La majorité des répondants affirment offrir aux personnes atteintes de cancer (clients postdiagnostiqués, en traitement, en phase préterminale et en phase terminale) des soins médicaux et infirmiers, des services psychosociaux, des services nutritionnels, des services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'inhalothérapie et des services d'aide et de soutien.

7.1.3 L'expertise en oncologie

Près de la moitié des répondants (6/14) disposent d'intervenants spécialisés ou de personnel ayant reçu une formation spécifique en soins palliatifs. Des intervenants de plusieurs disciplines œuvrent auprès de cette clientèle; il s'agit de médecins, infirmières, travailleurs sociaux et auxiliaires familiaux et sociaux.

Trois des répondants ont également mentionné l'implication d'organisateurs communautaires. Cinq CLSC confirment l'existence d'un comité de soins palliatifs interétablissements.

Plusieurs mécanismes de soutien à la qualité ou au mode d'encadrement des interventions ont été relevés, soit la supervision par une infirmière clinicienne des soins, l'harmonisation des approches et des techniques en soins palliatifs, la rédaction de protocoles, le soutien de l'intervenante-pivot du centre hospitalier et la participation à des comités divers. Toutefois, il n'y a aucune standardisation de ces mécanismes.

La formation continue est dispensée aux intervenants affectés aux soins palliatifs par l'infirmière clinicienne ou par le personnel de la Maison Victor-Gadbois. Elle peut aussi se traduire par la participation à des colloques, à des conférences organisées par les compagnies pharmaceutiques ou à des cours offerts par l'Université de Montréal ou le Cégep Marie-Victorin. Deux répondants ont mentionné que leur établissement avait autorisé la participation aux sessions de formation du CICM rattaché à l'Hôpital Charles LeMoyne.

7.1.4 Le réseau en place

L'intervenante-pivot ou l'infirmière de liaison des centres hospitaliers réfère les clients au CLSC. Bien que les répondants s'accordent à dire qu'il y a une amélioration dans la gestion des cas depuis l'arrivée de l'intervenante-pivot, plusieurs éléments restent à bonifier (communication, modes de transmission des résumés de dossiers, contenu des échanges, etc.).

Le délai de prise en charge par les services du CLSC est variable. En effet, trois répondants affirment que la prise en charge est immédiate, alors que d'autres estiment que le délai peut s'étendre de 24 heures à une semaine selon les services requis. Toutefois, les requêtes transmises aux CLSC par les centres hospitaliers peuvent s'avérer incomplètes ou illisibles, le diagnostic et le pronostic imprécis, les renseignements sur les traitements déjà reçus fragmentaires et les demandes de soins infirmiers non signées par le médecin occasionnant, par le fait même, un délai dans le traitement de la demande et la distribution des services.

Seulement quatre répondants rapportent l'existence sur leur territoire d'un comité de concertation interétablissements concernant les services dispensés auprès des personnes atteintes de cancer et, dans un seul cas, les organismes communautaires et bénévoles y sont invités.

Lorsque le patient doit être référé à d'autres organismes, les CLSC ont peu de contacts directs avec ces derniers. Ils remettent de la documentation écrite (5/14) ou donnent l'information verbalement aux clients (7/14). Les patients font eux-mêmes les démarches dans la majorité des cas. Un seul établissement rapporte qu'il établit un plan de soins en collaboration avec l'organisme de référence.

7.2 Les interventions des organismes communautaires et bénévoles

Plus d'une quarantaine d'organismes communautaires et bénévoles ou à but non lucratif et diverses associations interviennent auprès des personnes atteintes de cancer dans le but de faciliter l'adaptation à leur maladie et aux conséquences sociales et émotives qui y sont liées, de même que de maintenir une qualité de vie optimale.

La liste des organismes répertoriés en Montérégie ainsi que l'éventail des interventions qu'ils réalisent sont disponibles à l'annexe 9.

Ces organismes offrent des services diversifiés, voués spécifiquement ou non aux personnes atteintes de cancer. Globalement, on y retrouve des services d'écoute, de référence, d'information et de soutien aux patients et à leur entourage, l'accompagnement et le transport pour des examens diagnostiques ou des traitements, des services de répit ou de gardiennage, des activités de soutien et de suivi de deuil, des visites à domicile ou en milieu hospitalier et des activités communautaires en général.

7.3 Les problématiques rencontrées

Concernant l'offre de service aux personnes atteintes de cancer, les problématiques qui ont été soulevées par les répondants de CLSC sont les suivantes :

- l'absence d'une coordination interétablissements et d'une formalisation des réseaux de référence;
- le manque de ressources médicales affectées aux services de soutien à domicile;
- le manque de ressources communautaires touchant les besoins suivants : soutien aux aidants naturels, accompagnement et transport, soutien aux personnes endeuillées;
- l'accès limité aux traitements de chimiothérapie à domicile occasionné par une disponibilité réduite des médicaments, le manque de savoir-faire des ressources impliquées dans l'ensemble du processus et l'attitude souvent négative des professionnels et des clients vis-à-vis les traitements de chimiothérapie à domicile;
- un hébergement insuffisant : nombre insuffisant de lits de soins palliatifs et non-disponibilité de lits de transition ou de répit pour les patients en phase préterminale;
- l'absence de standardisation des procédures d'intervention et des protocoles de traitement;
- le manque de ressources en oncologie (médecins, travailleurs sociaux, psychologues) et la précarité du personnel en place.

8 SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Les soins palliatifs réfèrent à « l'ensemble des interventions nécessaires à la personne atteinte d'une maladie dont l'évolution compromet la survie, ainsi qu'à ses proches, afin d'améliorer leur qualité de vie en considérant les besoins de toutes dimensions »[117]. Ces interventions visent le maintien optimal de la qualité de la vie et le soulagement des souffrances d'ordre physique, psychologique et existentiel.

Les programmes de soins palliatifs ne s'adressent pas uniquement aux personnes en phase terminale d'un cancer. Toutes les personnes souffrant d'autres maladies et se retrouvant en situation de fin de vie peuvent aussi bénéficier de ces services. Il convient toutefois de souligner que près de 80 % des usagers actuels des soins palliatifs sont affligés d'un cancer.

Dans la présente section, nous rapportons l'essentiel des informations disponibles couvrant les soins palliatifs de fin de vie dans la région, et ce, selon le lieu de dispensation, à savoir : à domicile, en établissement ou dans un milieu d'hébergement spécifique.

8.1 Les services à domicile

Certaines personnes choisissent de vivre leurs derniers jours à domicile avec le soutien de leurs proches et des organismes du milieu. Ce choix est légitime et devrait être soutenu adéquatement. On doit cependant reconnaître qu'il pose d'énormes défis étant donné d'une part, l'ampleur des besoins des personnes en situation de fin de vie et d'autre part, des ressources limitées mises à la disposition des malades et de leur entourage.

Les CLSC offrent généralement des soins de fin de vie dans le cadre de leur programme de soutien à domicile. La priorité est accordée aux clientèles en phase terminale dans l'accès aux services. Parmi les services offerts, on retrouve les services d'aide et d'assistance, de gardiennage, d'aide domestique, de soutien psychosocial, des soins infirmiers et des services médicaux.

Plusieurs organismes communautaires et bénévoles offrent des services d'accompagnement et de soutien à la personne en situation de fin de vie, ainsi qu'aux proches de celle-ci. Quelques organismes, répartis dans la majorité des sous-régions du territoire, proposent une programmation spécifique en soins palliatifs. La liste de ces organismes communautaires et bénévoles est disponible à l'annexe 9.

[117] Lambert, P.; Lecomte, M. *État de situation des soins palliatifs au Québec*. Rapport pour l'Association québécoise des soins palliatifs, mars 2000.

Il ne nous a pas été possible de documenter davantage l'offre de service aux personnes en phase terminale dans le contexte d'un maintien dans le milieu de vie naturel, ni d'apprécier dans quelle mesure l'absence ou l'insuffisance de ces services conditionnent l'utilisation des ressources institutionnelles ou avec hébergement[118].

8.2 Les services en CHSGS et en CHSLD

En Montérégie, l'ensemble des CHSGS et des CHSLD offrent des soins et services aux personnes en phase terminale. Cette offre de service s'exprime différemment selon que l'établissement dispose d'une part, d'une équipe interdisciplinaire formellement constituée et proposant une programmation spécifique en soins palliatifs et d'autre part, de lits réservés à la clientèle en situation de fin de vie.

On dénombre dans la région 46 lits spécifiques dédiés aux soins palliatifs, dont 15 dans deux CHSGS et 31 dans huit CHSLD (tableau 21). Généralement, ces lits sont regroupés dans une unité distincte. Tel que rapporté dans le chapitre sur les cliniques externes d'oncologie (voir chapitre 5.2.4), cinq CHSGS bénéficient de l'expertise d'une équipe de soins palliatifs.

Tableau 21
Nombre de lits réservés aux personnes en situation de fin de vie
CHSGS et CHSLD de la Montérégie, mars 2002

ÉTABLISSEMENTS	NB DE LITS
CHSGS	
▪ Hôpital Charles LeMoyne	7
▪ Centre hospitalier de Granby	8
Sous-total CHSGS	**15**
CHSLD	
▪ CLSC-CHSLD de La Pommeraie (installation Les Foyers Farnham)	2
▪ CHSLD de Longueuil (installation Chevalier-de-Lévis)	7
▪ Réseau Santé Richelieu-Yamaska (installation Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe)	6
▪ CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts (Résidence Champagnat d'Iberville	7
▪ CHSLD du Bas-Richelieu (installation Centre d'hébergement de Tracy)	5
▪ CHSLD Les Centres du Haut Saint-Laurent (installation du Coteau-du-Lac)	2
▪ CHSLD Des Trois-Rives (installation CA Vaudreuil)	1
▪ CHSLD du Comté de Huntingdon	1
Sous-total CHSLD	**31**
TOTAL MONTÉRÉGIE	**46**

[118] Selon un relevé fourni par le MSSS, 53 % des décès par cancer enregistrés pour la Montérégie, surviennent à l'hôpital (57 % pour le Québec). Ce pourcentage exclut la proportion des décès par cancer qui surviennent dans d'autres milieux institutionnels, tels les CHSLD.

Le lecteur trouvera à l'annexe 10 un tableau synthèse traduisant l'état de situation actuelle des services en soins palliatifs dans les établissements et la maison d'hébergement de la Montérégie[119]. Les informations présentées concernent, entre autres, la composition des équipes de soins, le nombre de lits dédiés aux soins palliatifs, certaines données d'utilisation des services et les critères d'admissibilité.

L'Hôpital Charles LeMoyne et le Centre hospitalier de Granby ont des lits regroupés pour soins palliatifs ainsi qu'une équipe de soins spécifiques à cette clientèle. Quant au Réseau Santé Richelieu-Yamaska et à l'Hôtel-Dieu de Sorel, ils possèdent une équipe de soins palliatifs, mais transfèrent leurs patients en CHSLD. Bien qu'ayant des fonctionnements différents dans l'ensemble, les équipes sont multidisciplinaires et les médecins sont rattachés au centre hospitalier, au CHSLD et au CLSC. L'existence de comités interétablissements permet une meilleure coordination des services, réduit le séjour moyen passé à l'hôpital avant le décès, offre un meilleur suivi tout en permettant de respecter le plus possible le choix des patients et des familles. Deux centres ont présentement des projets de regroupement des patients nécessitant des soins palliatifs et prévoient des équipes spécifiques à cette clientèle. Un des centres ne prévoit aucun développement pour cette clientèle.

De l'avis de plusieurs représentants d'établissements consultés, le nombre de lits réservés spécifiquement aux soins palliatifs, avec une programmation appropriée, demeurent insuffisants pour répondre aux besoins. Le manque de ressources humaines nécessaires pour offrir une présence soutenue et des soins appropriés à ce type de clientèle est également rapporté par les centres. Enfin, l'expertise en soins palliatifs demeure insuffisante pour répondre aux besoins exprimés.

8.3 La Maison Victor-Gadbois

Depuis une dizaine d'années, la population de la Montérégie bénéficie des services de la Maison Victor-Gadbois, organisme sans but lucratif voué spécifiquement aux soins palliatifs en oncologie et situé à Saint-Mathieu-de-Beloeil. L'approche globale développée par cet organisme s'appuie sur le respect de la volonté du patient, de ses besoins dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, spirituelle, etc.) et de l'engagement des proches. Cette maison dispose de 12 lits pour répondre aux besoins de la population du territoire. Depuis 1998, la Maison Victor-Gadbois a accueilli entre 160 et 200 patients par année.

Au plan de l'admissibilité, toute personne de 18 ans et plus atteinte d'un cancer en phase terminale et dont le pronostic est inférieur à trois mois, peut être admise. Celle-ci doit cependant être résidante de la Montérégie ou avoir un proche qui habite dans la région. La personne faisant l'objet d'une demande d'admission doit connaître l'état d'avancement de sa maladie et accepter l'hébergement à la Maison Victor-Gadbois. Il n'y a aucun frais pour l'hébergement et les soins, à l'exception de la médication qui doit être assumée par le patient.

Les demandes de services adressées à l'organisme proviennent, à parts presque égales, des CLSC (53 %) et des CHSGS (47 %). Elles concernent 48 % d'hommes et 52 % de femmes. L'âge moyen se situe à 65 ans, quoique l'on observe un rajeunissement de la clientèle (six patients de moins de 53 ans admis dans les mois précédant le relevé).

---

[119] *État de situation des services en soins palliatifs en 2000-2001 dans les établissements et les résidences d'hébergement*. Grille fournie par le CCLCQ, mars 2002.

Les douze places disponibles sont occupées en quasi permanence. Le taux d'occupation enregistré au 1er mars 2002 s'élevait à 90 %. Le séjour moyen se situe à 20 jours. Enfin, la provenance de la clientèle est répartie sur l'ensemble du territoire et se concentre surtout dans les villes populeuses avoisinant l'organisme, à savoir : Boucherville, Brossard, Longueuil, Saint-Hubert et Saint-Bruno.

Le nombre d'employés œuvrant au sein de la Maison Victor-Gadbois s'élève à 26 personnes. On y retrouve 7 médecins, dont 3 sur une base régulière, qui offrent un total de 98 heures par semaine de travail (évaluation, soins directs, formation, service de garde, etc.). Les patients sont vus quotidiennement par un médecin.

La présence permanente de deux infirmières qui dispensent les soins requis est assurée pour les trois horaires de travail. S'y ajoute la contribution d'une infirmière auxiliaire (jour et soir), d'un préposé aux malades (jour et nuit) et de deux bénévoles (jour et soir). Une pharmacienne, en association avec quatre autres pharmaciens, assure les services reliés à la médication : préparation, enseignement aux patients, informations au personnel, etc.

Une psychologue est disponible, à raison de trois demi-journées par semaine, pour soutenir le patient et ses proches lorsque requis. Une musicothérapeute est présente douze heures par semaine pour développer un climat de détente et de relaxation. Enfin, un aumônier est disponible pour répondre aux besoins exprimés par le malade ou ses proches.

Plus d'une centaine de bénévoles sont associés à la Maison Victor-Gadbois. Ils s'engagent, en concertation avec le personnel en place, à soutenir le patient et ses proches en leur assurant un confort, une présence, une écoute et un soutien pour maintenir un niveau acceptable de leur qualité de vie.

L'évaluation de la personne de même que l'élaboration de son plan de traitement sont réalisés par la coordonnatrice des soins avec l'aide des médecins (médecins de l'organisme, médecin traitant ou oncologue). Des liens sont établis, selon le cas, avec les intervenants des soins palliatifs des CHSGS, les intervenantes-pivot ou l'intervenant social concerné.

La Maison Victor-Gadbois met beaucoup l'accent sur la formation en soins palliatifs de l'ensemble de son personnel et de ses bénévoles. Elle offre également un service gratuit de consultations externes pour les personnes atteintes de cancer et présentant une symptomatologie mal contrôlée. Des avis thérapeutiques sont aussi adressés à des médecins traitants en faisant la demande.

L'organisme présente un budget d'opération s'élevant à 1,4 M$, dont moins de 15 % est financé par des subventions[120]. L'essentiel de ses revenus provient de sources privées. Cette situation place la Maison Victor-Gadbois dans un état de précarité financière et l'oblige à déployer des efforts dans des activités de levée de fonds et dans la sollicitation de dons.

La Maison Victor-Gadbois vit une autre problématique, celle-ci reliée au recrutement d'infirmières. Cette situation s'explique par la pénurie générale d'infirmières actuellement observée à l'échelle du réseau mais également en raison des conditions salariales non compétitives que l'organisme est contraint d'offrir.

[120] La Régie régionale accorde un financement de 192 000 $ à la Maison Victor-Gadbois

9 SYSTÈMES D'INFORMATION, D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHE

9.1 Les systèmes d'information

Comme il a déjà été mentionné précédemment, les sources d'information pouvant soutenir une démarche de planification sont soit inexistantes ou très limitées. Les activités associées à chacun des niveaux d'intervention, tels que proposés dans le PQLC, ne peuvent être documentées que très partiellement en raison de l'absence de système d'information dans les établissements ou organismes dispensateurs. Les données disponibles se limitent généralement à l'énoncé de volume d'activités dans un secteur d'activité donné, rarement spécifique ou exclusif à l'oncologie. De plus, on ne retrouve aucun dossier patient présentant des données standardisées et informatisées. Ces lacunes au plan informationnel posent des obstacles majeurs à l'obtention d'une lecture juste et exhaustive du domaine de l'oncologie en Montérégie et au développement d'un nouveau mode d'organisation plus intégré.

Dans ce qui suit, nous présentons les quelques systèmes d'information existants ou en développement dans la région.

La coordination provinciale du PQDCS, des CCSR, des CDD et des CRID possède un système d'information unique, soit le SI-PQDCS. En Montérégie, ce système d'information est implanté depuis 1998, le CCSR offre, à tous les intervenants des CDD et des CRID, une formation de base à l'utilisation du logiciel du PQDCS et un soutien technique à l'utilisation du système d'information spécifique au programme. Ce système procure des données concernant l'évolution régionale du programme en regard de l'atteinte des objectifs et des normes de qualité du PQDCS. Après une période de rodage et d'ajustement, il est maintenant considéré que le système fonctionne adéquatement et que l'information recueillie est fiable.

Le projet de capitation, réalisé dernièrement en Montérégie[121] dans la MRC du Haut Saint-Laurent, a permis d'une part, l'instauration d'un réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux du territoire et d'autre part, la constitution d'une banque de données intégrant les principales sources de données des clientèles utilisant des services pour 200 000 fichiers sur l'histoire clinique des patients en réunissant les épisodes de soins d'un même bénéficiaire selon un ordre chronologique. Il devient possible de connaître le cheminement de la consommation d'un individu à travers les services du système de santé dans le cadre d'un réseau de soins intégrés de première ligne. Ce système d'information intégré devrait servir de base au développement d'indicateurs, de profils d'utilisation des services et d'évaluation économique pour les clientèles recevant des services en oncologie.

Enfin, dans le cadre de l'implantation du PQLC, une équipe de la DSP réalise présentement une étude de faisabilité pour le développement d'un registre régional des tumeurs en Montérégie. L'étude vise à examiner les différentes sources de données hospitalières permettant d'identifier les nouveaux cas de cancer, à examiner la possibilité de recueillir de nouvelles données sur les tumeurs non disponibles dans le fichier des tumeurs actuel et à estimer dans quelle mesure elles sont susceptibles d'améliorer la situation au niveau de l'exhaustivité du registre. Les résultats de cette étude auront un impact direct sur le développement du Registre des tumeurs pour la Montérégie.

[121] Rho, G., Nguyen H., Tourigny G., Cazale L., Morin-Blanchet C., Franco, A. *Projet de capitation dans la municipalité de comté du Haut Saint-Laurent*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Mars 2001.

9.2 L'évaluation

Les données fournies par le système d'information spécifique au PQDCS permettent de produire annuellement des rapports individualisés des activités de chacun des radiologistes et des technologues des centres de dépistage désignés de la Montérégie. Ce rapport fournit également des informations concernant la performance de l'ensemble des professionnels de la région ainsi que les normes en vigueur au niveau international, ce qui permet à chacun de se comparer et de mieux situer sa performance. Chacun des CDD de la Montérégie a également reçu un rapport individualisé de ses activités effectuées dans le cadre du programme.

Un projet de recherche dont le but est d'évaluer l'implantation et les bénéfices du réseau intégré de soins et de services en oncologie en Montérégie est présentement mené par le Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne. Les aspects qui seront explorés sur le processus d'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer sont le système de gouverne déployé, les relations interorganisationnelles verticales et horizontales ainsi que les relations interprofessionnelles au sein des équipes locales. Quant aux bénéfices du réseau, l'utilisation des soins de services, la continuité des soins et des services et la satisfaction de la clientèle et des professionnels seront étudiées.

Soulignons, en terminant sur l'aspect de l'évaluation, que le Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne a développé et implanté un outil de travail permettant aux intervenantes-pivot de recueillir des données suffisantes pour documenter et apprécier les activités auxquelles elles sont associées.

9.3 La recherche

La Montérégie est très active dans le domaine de la recherche. En effet, l'Hôpital Charles LeMoyne, centre affilié à l'Université de Sherbrooke, dispose d'un centre de recherche et d'une équipe dynamique dont les activités sont orientées vers l'efficacité populationnelle et l'efficacité d'utilisation des interventions en oncologie. Des liens existent entre le Centre de recherche, la Direction de santé publique et la Direction de la planification et des affaires publiques de la Régie régionale afin d'harmoniser les activités des deux secteurs et de bénéficier des opportunités que peuvent offrir la Régie régionale, l'Institut national de santé publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les principaux axes de recherche retenus sont les interventions en cancer du sein, l'organisation des services en oncologie, l'utilisation des médicaments, les programmes de dépistage du cancer et les bases de données (registre). Ces axes ont été définis en fonction des priorités nationales ou régionales dans la lutte contre le cancer ou en raison de lacunes identifiées dans l'infrastructure de recherche nécessaire à l'évaluation des interventions en oncologie au niveau populationnel.

Un certain nombre de projets financés par des organismes subventionnaires reconnus en lien avec le thème de recherche proposé sont actuellement menés par des membres de l'équipe. Le tableau 22 présente l'inventaire des projets. On y retrouve le titre et l'objet des recherches, le nom des responsables et leur affiliation et la source de financement.

Tableau 22
Inventaire des projets de recherche financés en cours de réalisation ou soumis pour financement

Titre du projet	Objet de la recherche	Responsable et Affiliation	Financement
Profils d'utilisation de l'Herceptin dans trois provinces canadiennes	Documenter l'utilisation dans la pratique clinique de l'Herceptin, un médicament contre le cancer du sein efficace mais coûteux	Docteurr Jean Latreille, chercheur principal pour le Québec, HCLM	Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein
Déterminants de la survie dans le cancer localisé au sein	Évaluation de l'impact des traitements reçus, en particulier selon la conformité ou non avec les normes de pratique, l'influence des délais dans les traitements adjuvants, ainsi que les caractéristiques reliées à l'organisation des services associés à l'évolution de la maladie	Docteure Nicole Hébert-Croteau, HCLM	Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein
Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie	Évaluation de l'implantation et des bénéfices du réseau intégré de soins et de services en oncologie en Montérégie	Danielle Roberge, HCLM	FCRSS, FRSQ-MSSS et le CICM
Développement d'indicateurs, de profils d'utilisation des services en oncologie	Étude de faisabilité sur la possibilité de construire des indicateurs d'utilisation de services fiables, de tracer des profils d'utilisation de services à l'intérieur du réseau intégré à partir de données disponibles	Linda Cazale, HCLM	RRSSSM
L'utilisation du médicament en oncologie	Conception et implantation d'une banque de données permettant de connaître l'état de situation de l'utilisation du médicament en oncologie	Docteurr Jean Latreille, HCLM	RRSSSM
Projet de démonstration d'un programme de dépistage du cancer colorectal en Montérégie	Documentation de l'état actuel des connaissances en regard du cancer colorectal et de son dépistage au sein d'une population âgée entre 50 et 79 ans. Documentation des pratiques actuelles de dépistage du cancer colorectal et des facteurs favorisant l'adhésion des professionnels au dépistage du cancer colorectal	Docteure Geneviève Baron, DSP, RRSSSM	RRSSSM
Étude de faisabilité pour la mise sur pied d'un fichier régional des tumeurs en Montérégie	Conception d'un registre des tumeurs et appréciation de sa faisabilité	Docteure Simone Provencher, DSP, RRSSSM	RRSSSM
Prédiction du risque de cancer du sein	Développement d'un modèle de prédiction du risque permettant d'estimer avec exactitude la probabilité de développer le cancer du sein chez les femmes après la ménopause	Docteure Nicole Hébert-Croteau, HCLM	Soumis pour subvention

CONCLUSION

Les grands constats du portrait régional

Les informations rassemblées dans le présent rapport offrent une vue d'ensemble du phénomène du cancer en Montérégie, tant du point de vue des besoins de la population que des activités et services déployés pour les satisfaire. Malgré les limites liées aux sources d'information, nous avons réussi à documenter au mieux chacun des niveaux d'intervention proposés par le Programme québécois de lutte contre le cancer.

Le portrait réalisé s'inscrit comme une première étape dans un processus dynamique d'élaboration du plan régional de lutte contre le cancer. À ce titre, il sera bonifié au fur et à mesure que de nouvelles informations seront rendues disponibles.

En guise de conclusion, nous reprenons pour chacune des composantes du continuum de services, quelques constats importants qui devront soutenir les discussions à venir dans le cadre des travaux d'identification des orientations et de priorisation des actions dans le domaine de la lutte contre le cancer en Montérégie. Les discussions à venir devront également tenir compte des liens et des interfaces à consolider ou à développer entre d'une part, les niveaux d'intervention et d'autre part, les différents dispensateurs pour que se réalise un véritable réseau de lutte contre le cancer.

Épidémiologie

L'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en Montérégie laisse entrevoir une augmentation des besoins en services de diagnostic et en soins thérapeutiques et palliatifs pour les prochaines années. En effet, le nombre de nouveaux cas et de décès par cancer ne cesse d'augmenter et ce phénomène s'accentuera étant donné le vieillissement de la population puisque la proportion des personnes âgées de 65 ans doublera d'ici l'an 2011 en Montérégie (11,4 % en 2001 et 23 % en 2011).

Promotion de la santé et prévention des cancers

L'état de situation réalisé dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention du cancer démontre le peu de données disponibles sur les activités qui sont réalisées sans le concours ou l'appui financier de la Régie régionale. Toutefois, il ressort clairement que les activités de prévention du tabagisme et les mesures de prévention de certains carcinogènes de l'environnement répertoriées répondent aux recommandations du PQLC, alors que les activités visant la promotion d'une saine alimentation et la prévention de l'excès de poids ont été largement insuffisantes. Au niveau régional, afin d'orienter les habitudes alimentaires et la problématique du poids, certains prérequis sont essentiels, soit :

- une politique nationale de santé publique qui soutient des actions d'influence afin de rendre les environnements socioculturels, politiques et physiques favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires et d'activités physiques en vue de prévenir l'obésité;
- une vision à long terme et commune de la problématique;
- un plan d'action de nature environnementale permettant de soutenir l'adoption d'un mode de vie sain et la prévention de maladies chroniques associées aux mêmes facteurs de risque modifiables.

Présentement, les travaux des groupes provinciaux sur la problématique du poids et les maladies chroniques s'orientent en ce sens.

Détection précoce du cancer

Au niveau des stratégies de détection précoce du cancer, le bilan des activités a mis en évidence une faiblesse au niveau des activités d'éducation auprès de la population et des professionnels de la santé favorisant la détection précoce du cancer. Bien que l'expérience du PQDCS et du projet de Promotion de la prévention clinique en Montérégie ait démontré qu'il est possible d'intervenir efficacement dans le secteur de l'éducation auprès de la population et des médecins de première ligne, il demeure que ces stratégies nécessitent un investissement financier à long terme important et impliqueront des choix. D'autre part, les difficultés de recrutement de radiologistes et de technologues retardent le développement de certains services de dépistage du cancer du sein en Montérégie et devraient être examinées ultérieurement dans une perspective de développement d'un réseau intégré de lutte contre le cancer.

Investigation et traitements en centres hospitaliers

L'augmentation de la demande de services auprès des centres hospitaliers a été très importante au cours des dernières années. Cette augmentation qui se poursuivra, découle de la conjugaison de deux facteurs différents en Montérégie. Le premier est celui de la démographie, soit l'augmentation du nombre de nouvelles personnes atteintes de cancer, lié à l'accroissement et au vieillissement de la population montérégienne. Le deuxième facteur qui s'additionnera au premier est l'augmentation de la rétention qui est déjà amorcée et qui s'accentuera sans doute lorsque les services surspécialisés, telle la radio-oncologie, seront disponibles dans la région et que les équipes du réseau cancer seront bien installées. L'augmentation anticipée des services aura inévitablement des impacts financiers à la hausse et l'absorption de ces coûts ne pourra se réaliser dans le cadre actuel de dispensation des services et sans nouveaux investissements.

À l'heure actuelle, les Montérégiens ont accès à la majorité des services en Montérégie et l'on réussit à privilégier la clientèle en oncologie, de sorte que les délais pour obtenir les services sont acceptables de façon générale. Pour la dispensation de l'ensemble des services, la Montérégie est dépendante des régions avoisinantes. Cette dépendance devient extrêmement importante pour les services de radio-oncologie et de résonance magnétique. Cette région possède cependant un centre offrant des services surspécialisés qui sera en position d'élargir la gamme des services offerts à la population.

Selon les travaux effectués jusqu'à maintenant, on observe un manque de disponibilité en ressources humaines et un manque de formation du personnel infirmier. Les effectifs médicaux spécialisés en hémato-oncologie sont rares. Plusieurs centres hospitaliers dépendent exclusivement d'un seul médecin. La précarité des équipes est donc un facteur important qu'il faudra tenter d'améliorer, entre autres, lors de la formation des équipes locales d'oncologie.

Cliniques externes d'oncologie

Parallèlement à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer, les demandes de services aux cliniques externes d'oncologie iront inévitablement en augmentant. La Montérégie devra donc accroître son offre de service en cliniques externes.

Bien que présentement chaque clinique externe d'oncologie dispose d'une intervenante-pivot, il est à prévoir que les équipes de base qui assurent actuellement le fonctionnement des cliniques externes auront de la difficulté à répondre aux demandes croissantes de traitements de chimiothérapie, et ce, dans les espaces exigus déjà peu fonctionnels.

Un des besoins les plus importants demeure l'absence de services complémentaires dédiés à la clientèle desservie par les cliniques externes compte tenu de l'insuffisance des ressources affectées aux équipes des cliniques. De ce fait, les aspects psychosociaux demeurent peu couverts dans le processus d'évaluation des besoins et dans les traitements.

Les problématiques reliées au recrutement et à la formation des intervenants sont préoccupantes, car elles ont un impact sur la qualité des services en oncologie. La stabilisation des équipes de base bien formées s'avère non seulement souhaitable, mais essentielle à l'instauration d'une programmation diversifiée de services.

Adaptation, soutien et réadaptation

Les activités visant l'adaptation et le soutien aux patients ainsi qu'à ses proches ne sont pas facilement dissociables de l'ensemble des actions thérapeutiques. Par contre, les intervenants déplorent, pour la plupart, le peu de temps dont ils disposent pour échanger avec les patients et apporter le soutien nécessaire.

Pour la majorité des milieux de soins, les interventions psychosociales ne sont disponibles que sur référence. Il en va de même pour les services de réadaptation visant un rétablissement optimal de l'autonomie fonctionnelle.

Notre relevé a permis de constater que plus de 5 000 personnes atteintes d'un cancer reçoivent des services des CLSC du territoire (période 2000-2001).

Enfin, de nombreux organismes communautaires et bénévoles, répartis sur l'ensemble du territoire, offrent une variété de services voués spécifiquement ou non aux personnes atteintes de cancer (ex. : écoute, références, informations, soutien, accompagnement, transport, suivi de deuil, etc.).

Soins palliatifs de fin de vie

Trois secteurs d'activité ont été abordés dans ce chapitre, soit les services à domicile, les services institutionnels et les services offerts par la Maison Victor-Gadbois.

En regard des services offerts dans le milieu de vie naturel, il convient de souligner que les personnes en phase terminale sont généralement privilégiées lorsqu'elles adressent une demande de soutien à domicile au CLSC de leur territoire. À cette étape-ci, nous ne disposons que de peu d'informations sur le sujet et l'intensité des services qu'elles utilisent. Ce constat s'applique également aux interventions faites par les organismes communautaires et bénévoles. Certains offrent des services spécifiques aux personnes en situation de fin de vie et à leurs proches (ex. : soutien, approche aux mourants, suivi de deuil, etc.) alors que d'autres proposent une panoplie de services de soutien non exclusifs à ce type de clientèle (ex. : popote, transport, etc.).

Certains établissements de la Montérégie disposent de lits réservés aux soins palliatifs. On dénombre 15 lits répartis dans les CHSGS et 31 lits dans les CHSLD. Selon les intervenants de ces milieux, le nombre de lits en soins palliatifs avec une programmation structurée demeure insuffisant pour répondre aux besoins.

Enfin, la région bénéficie de la présence de la Maison Victor-Gadbois qui est vouée aux personnes atteintes de cancer et en situation de fin de vie. On y retrouve 12 lits utilisés en quasi permanence. Les soins et services offerts y sont très appréciés, tant par les patients, leurs proches que par les intervenants du réseau qui s'y réfèrent. Il est à noter que cet organisme sans but lucratif vit une certaine précarité financière et des contraintes dans le recrutement du personnel infirmier.